



SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO PACIENTA STARŠÍHO 15 LET S OŠETŘENÍM/VYŠETŘENÍM

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: narozen dne:

Kontakt /telefon, mail/:

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením §35, odst. 2, písm. a), zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby níže uvedený poskytovatel poskytl nezletilému pacientovi zdravotní službu

.....

(uved'te obor/typ/rozsah zdravotní služby, ke které dáváte souhlas, např. odběr krve, alergologické vyšetření, ošetření na chirurgii, opakované kontroly u lékaře (jméno lékaře) atd.)

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce (rodiče) na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas je možné ze strany zákonného zástupce kdykoli odvolat.

Údaje o poskytovateli

Název (firma):

Adresa zdravotnického zařízení:

IČ:

V Dne

.....
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta:

V Dne

.....
podpis lékaře