Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let

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, písmeno b), zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby níže uvedený registrující poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi zdravotní služby v daném oboru bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců.

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 v budoucnu odvolat.

Údaje registrujícího poskytovatele
Název (firma) :
Adresa zdravotnického zařízení :
IČ :
Obor poskytovaných zdravotních služeb : *praktický lékař pro děti a dorost*

V ……. Dne …….

…….
podpis zákonného zástupce

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

V ……. Dne …….

…….
podpis lékaře