

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) : MUDr. Jana Vávrová

Adresa zdravotnického zařízení : Xaveriova 52, 150 00 Praha 5

IČ : 18678785

Obor poskytovaných zdravotních služeb : *praktický lékař pro děti a dorost*

V Dne

.....
podpis zákonného zástupce
(oba rodiče)