

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta

Údaje pacienta

jméno a příjmení

rodné číslo

bydliště

alergie

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

jméno a příjmení

rodné číslo

bydliště

kontaktní email a telefon

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením § 35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby níže uvedený registrující poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi zdravotní služby v oboru

.....
(uved'te obor/typ/ rozsah služby, ke které dáváte souhlas, např. odběr krve, ošetření na chirurgii, opakovaná kontrola u lékaře) 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 kdykoli v budoucnu odvolat ze strany zákonného zástupce, a to buď osobně nebo písemně.

V Praze dne

Podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V Praze dne

Podpis lékaře/fyzioterapeuta