

Souhlas zákon. zástupce u dítěte nad 15 let

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

Údaje zákonného zástupce (rodice)

Jméno a příjmení : narozen dne :

Kontakt /telefon, mail/ :

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, udělují 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 zjištění souhlasu zákonných zástupců .

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce (rodice) 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