

# Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15 let

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: ..... narozen dne: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

## Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: ..... narozen dne: .....

Kontakt / telefon / e-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