

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. Pavla Růžičková

Adresa zdravotnického zařízení: Českobudějovická 448, 382 41 Kaplice

IČ: 45010358

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