

## **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, email/:

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:

V

Dne

Podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta:

V

Dne

Podpis lékaře