

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: datum narození:

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.

V dne

.....

podpis zákonného zástupce

Údaje registrujícího poskytovatele

MUDr. Milada Dražanová

Praktický lékař pro děti a dorost

Svatopluka Čecha 2, Brno Královo Pole, 612 00

IČZ: 72996624, IČO: 75094509

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

V Brně dne

.....

podpis zdravotního pracovníka