



Sdružené zdravotnické zařízení Krnov

příspěvková organizace
I. P. Pavlova 9, 794 01 KRNOV

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 15 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, které za 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 zákonného zástupce