

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15-ti let k poskytnutí zdravotní služby

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení : narozen dne:

Trvale bytem:.....

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení : narozen dne:

Trvale bytem:.....

Číslo OP..... 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 udělen na omezenou dobu oddo.....
a je možné jej ze strany zákonného zástupce kdykoli v budoucnu odvolat.

Údaje registrujícího poskytovatele

Název (firma) : MUDr. Karen Pumrová
Adresa zdravotnického zařízení : Riegrova 344, Brandýs nad Labem
IČ : 70358125
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 Brandýse nad Labem dne.....
.....
podpis poskytovatele