

## 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) :

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 lékaře