



Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15 let

Jméno a příjmení nezletilého pacienta: _____

Narozen dne: _____ Adresa trvalého pobytu: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce (rodiče): _____

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.

V(e): _____

Dne: _____

Podpis zákonného zástupce:

Údaje registrujícího poskytovatele

Název: MUDr. Pavlína Talichová

Adresa: Březinova 62A, 586 01 Jihlava

IČ: 17173027

Obor poskytovaných zdravotních služeb: PLDD

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

V(e): _____

Dne: _____

Podpis registrujícího poskytovatele

