



POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15 ti let

Údaje nezletilého pacienta

Jméno, příjmení..... r.č.:
bytem

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno, příjmení..... r.č.:
bytem
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.3721/2011 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 Praze dne:

Podpis zákonného zástupce

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

V Praze dne:

Podpis pracovníka