



## SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO PACIENTA STARŠÍHO 15TI LET S OŠETŘENÍM / VYŠETŘENÍM

### Údaje nezletilého pacienta

Jména a příjmení:		narozen dne:	
Adresa trvalého pobytu:			

### Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jména a příjmení:		narozen dne:	
Kontakt (telefon, mail):			

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího 15ti let uděluji v souladu v souladu s ustanovením § 35, odst. 2, písmeno a), zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů, souhlas k tomu, aby níže uvedený poskytovatel poskytl nezletilému pacientovi

zdravotní službu .....

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 odvolat.

### ÚDAJE O POSKYTOVATELI

Adresa zdravotnického zařízení nebo lékaře poskytujícího ošetření:

IČ:

V ..... dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce