

# Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15-ti let

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: ..... narozen/a dne:.....  
Adresa trvalého pobytu:.....

## Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení:.....narozen/a 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 Dobřanech dne .....  
podpis zákonného zástupce.....

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

V Dobřanech dne.....  
podpis lékaře.....