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*

Místo: Datum: Podpis zákonného zástupce:

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

Místo: Datum: Podpis lékaře zástupce: