

## 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) : DĚTSKÁ MLADOBOLSLAVSKÁ ORDINACE s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení : Nám. Republiky 465, 29301 Mladá Boleslav

IČ : 29040884

Obor poskytovaných zdravotních služeb : praktický lékař pro děti a dorost

V ..... Dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce

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

V ..... Dne .....

.....  
podpis lékaře

