

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15-ti let

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení : _____ narozen dne : _____

Adresa trvalého pobytu : _____

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení : _____ narozen dne : _____

Kontakt /telefon, email/ : _____

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením paragrafu 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.

Údaje registrujícího poskytovatele

Název (firma) : ALERGOLOGIE Vyškov s.r.o.

IČ : 29260892

Adresa zdravotnického zařízení :

Obor poskytovaných zdravotních služeb: alergologie a klinická imunologie

V Dne

.....

podpis zákonného zástupce

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

V Dne

.....

podpis lékaře