

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let s provedením zdravotní služby

Údaje nezletilého pacienta

jméno a příjmení:

číslo pojištění:

adresa trvalého pobytu:

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

jméno a příjmení:

narozený(á):

bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):

kontakt /telefon, e-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 výše uvedený registrující poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi zdravotní služby 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.

V Opavě, dne: Podpis zákonného zástupce:

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

V Opavě, dne: Podpis lékaře: