

## **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) : MUDr. Veronika Křivská  
Adresa zdravotnického zařízení : Partyzánská 1730/3, 747 05 Opava  
IČ : 047 24 330  
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