SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO PACIENTA STARŠÍHO 15-TI LET

**ÚDAJE NEZLETILÉHO PACIENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |

**ÚDAJE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Kontakt  /Telefon /Email/ |  |

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího 15-ti let, uděluji v souladu s ustanovením §35, ods.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 POSLYTOVATELE**

MUDr. Jaroslava Dáňová, , praktický lékař pro děti a dorost

Přemyslova 592, Lysá nad Labem 289 22

IČ: 27270759

V…………………………….……Dne………………

PODPIS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_