

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO PACIENTA STARŠÍHO 15TI LET



Údaje nezletilého pacienta

jméno a příjmení:

datum narození:

adresa místa trvalého pobytu:

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, udělují 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 zákonného zástupce (rodiče)

jméno a příjmení:

datum narození:

adresa místa trvalého pobytu:

Kontakt / telefon / e-mail:

Údaje registrujícího poskytovatele

Pediatr Černá Pole, s.r.o.

IČO: 29297834

IČZ: 72996478

Fügnerova 466/39, Brno 61300

e-mail: info@detska-ambulance.cz

tel.: +420 548 525 148

www.detska-ambulance.cz

Obor poskytovaných zdravotních služeb:

praktický lékař pro děti a dorost

v

podpis zákonného zástupce

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

v

podpis lékaře

dne

dne



Pediatr Černá Pole, s.r.o.

Fügnerova 39, 613 00 Brno

IČO: 29297834

IČZ: 72996478

+420 548 525 148

info@detska-ambulance.cz

detska-ambulance.cz

Pediatr
ČERNÁ POLE