

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15 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 poskytovatele zdravotních služeb

IČ: 22653490

Název (firma): Dětské Malvazinky s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Xaveriova 1982/52, Praha 5

Obor poskytovaných zdravotních služeb: praktický lékař pro děti a dorost

V Praze dne

zástupce

podpis zákonného

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V Praze dne

podpis lékaře