

## Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15-ti 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: (razítko zařízení)

IČ 75099527

Název (firma) : Praktický lékař pro děti a dorost, MUDr. Kamila Dimova

Adresa zdravotnického zařízení: Kladno, Holandská 2437

V ..... Dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce

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

V ..... Dne .....

.....  
podpis lékaře