

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15 let

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: datum narození:

Adresa trvalého pobytu:.....

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: datum narození:

Kontakt (telefon, email):

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): FortMedica s.r.o

Adresa zdravotnického zařízení: Soukalova 3355, Praha 4- Modřany, 143 00

IČ: 24786403

Obor poskytovaných zdravotních služeb: ORL

V dne

.....
podpis zákonného zástupce

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

V Praze dne

.....
podpis zdravotního pracovníka