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, 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) : **ORL ambulance Tábor s.r.o.**

Adresa zdravotnického zařízení: Budějovická 553, Tábor 390 02

IČ: 21288658

Obor poskytovaných zdravotních služeb: pracoviště otorinolaryngologie

V …… Dne ……. ……

podpis zákonného zástupce

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

V …… Dne ……. ……

podpis lékaře