

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

## Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let s provedením zdravotní služby

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení :

Číslo pojištěnce :

Adresa trvalého pobytu :

### Údaje zákonného zástupce (rodiče)

jméno a příjmení : .....

narozený(á) : .....

bydliště (liší-li se od bydliště dítěte) : .....

Kontakt /telefon, e-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 výše uvedený registrující poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi zdravotní služby 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.

V Opavě, dne :

Podpis zákonného zástupce : .....

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

V Opavě, dne :

Podpis lékaře : .....