

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 poskytovatel péče 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:

Název (firma): AlergImo medical s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Purkyňova 235/36, Vyškov, 68201

IČO: 23174498

Obor poskytovaných zdravotních služeb: Alergologie a klinická imunologie

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

Podpis zákonného zástupce:.....

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

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

Podpis lékaře:.....