

# Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

## Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

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 oboru **praktický lékař pro děti a dorost** 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

Název: **MUDr. Jana Dosedělová**

Adresa: **Jugoslávských partyzánů 1089/15, 160 00 Praha**

IČ: **72 56 17 69**

V ....., dne .....

.....  
**Podpis zákonného zástupce**

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

V ....., dne .....

.....  
**Podpis lékaře**