

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO PACIENTA STARŠÍHO 15 LET S OŠETŘENÍM / VYŠETŘENÍM

Údaje nezletilého pacienta:

Jméno a příjmení:

narozen dne:r. č. :

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 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby níže uvedený poskytovatel poskytl nezletilému pacientovi zdravotní službu:

.....
(uved'te obor / typ / rozsah zdravotní služby, ke které dáváte souhlas, např. odběr krve, gynekologické vyšetření, ošetření na chirurgii, opakované kontroly - u lékaře (jméno lékaře) atd.)

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 odvolat.

Údaje o poskytovateli zdravotní služby:

Název: POLIKLINIKA CHOCEŇ a.s.

Adresa: Smetanova 830, Choceň 565 01

IČ: 25915495

V, dne, podpis zákonného zástupce

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

V, dne, podpis a razítko ošetřujícího lékaře