

## ŽÁDOST O SOUHLAS K LÉKAŘSKÉMU VYŠETŘENÍ NEZLETILÉHO ŽÁKA

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení ..... narozen/a .....

Adresa trvalého pobytu .....

### Údaje rodiče / zákonného zástupce

Jméno a příjmení ..... narozen/a .....

Kontakt (telefon, e-mail) ..... narozen/a .....

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let uděluji v souladu s ustanovením § 35, odst. 2, písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách **uděluji souhlas** k tomu, aby níže uvedený registrující poskytoval nezletilé / nezletilému pacientce / pacientovi zdravotní služby v daném oboru bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo rodiče (zákonného zástupce) 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): .....

Adresa zdravotnického zařízení: .....

IČ: .....

Obor poskytovaných zdravotních služeb: praktický lékař pro děti a dorost:

V .....

Dne .....

.....

Podpis zákonného zástupce

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

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

.....

Podpis lékaře

