SILESIA Dětské s.r.o.

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15-ti let

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení : narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení : narozen dne :

kontaktní telefon :

kontaktní 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 níže uvedený registrující poskytovatel 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 zdravotné péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas je možný ze strany zákonného zástupce kdykoli v budoucnu odvolat.

Údaje registrujícího poskytovatele :

Název (firma) : SILESIA Dětské, s.r.o., MUDr. Simona Širůčková

Adresa zdravotnického zařízení : Havanská 6145/4a, Ostrava-Poruba, 708 00

IČ : 28636601

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