

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

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: datum narození:

Adresa trvalého pobytu:PSČ:.....

Údaje zákonného zástupce nezletilého pacienta (rodič/opatrovník apod.)

Jméno a příjmení: datum narození:

Adresa trvalého pobytu:PSČ:.....

Mobilní telefon: E-mail:

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením §35, odst. 2, písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů, souhlas k tomu, aby EUC Klinika Plzeň s.r.o. poskytla nezletilému pacientovi zdravotní službu

.....
(*uvedte obor/typ/rozsah zdravotní služby, ke které dáváte souhlas. Např. odběr krve, nastřelení náušnic, alergologické vyšetření, ošetření na chirurgii, opakované kontroly u lékaře (jméno lékaře) atd.*)

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce nezletilého pacienta na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona zákonnému zástupci náleží.

Tento souhlas je možné ze strany zákonného zástupce kdykoli odvolat, a to buď osobně nebo písemně.

V dne.....

.....
podpis zákonného zástupce

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

V dne.....

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře