

## Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: ..... narozen dne :  
Adresa trvalého pobytu : .....

### Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení : ..... narozen dne :  
Kontakt /telefon, 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 zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

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

### Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ : 72537345

Název (firma) : PLDD MUDr. Kateřina Bajerová, Ph.D.

Adresa zdravotnického zařízení : Horníkova 34, Brno 628 00

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