

# SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO PACIENTA STARŠÍHO 15-TI LET

## ÚDAJE NEZLETILÉHO PACIENTA

Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

## ÚDAJE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE (RODIČE)

Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

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 REGISTRUJÍCÍHO POSKYTOVATELE

Název (firma): G-CENTRUM Olomouc, s. r. o., MUDr. Aleš Skřivánek - vedoucí lékař

Adresa zdravotnického zařízení: Horní nám. 258/8 Olomouc IČ: 26816024

Obor poskytovaných služeb: gynekologie a porodnictví

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

Podpis zákonného zástupce .....

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

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

Podpis lékaře .....