# Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

**Údaje zákonného zástupce (rodiče)**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

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 oboru **praktický lékař pro děti a dorost** 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**

Název: **MUDr. Jana Dosedělová**

Adresa: **Jugoslávských partyzánů 1089/15, 160 00 Praha**

IČ: **72 56 17 69**

V , dne

 **Podpis zákonného zástupce**

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

V , dne

 **Podpis lékaře**