

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE NEZLETILÉMU STARŠÍHO 15 LET

DLE §34 A NÁSL. ZÁKONA Č. 372/2011 SB.

Já, _____
Jméno, Příjmení

bytem: _____

JAKO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

uděluji v souladu s ustanovením §34, zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, **SOUHLAS** k tomu, aby uvedený poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi **ZDRAVOTNÍ SLUŽBY** v daném oboru.

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.

Poučení jsem porozuměl, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji souhlas.

ŽÁDÁM O ZASLÁNÍ ZÁVĚREČNÉ ZPRÁVY (VÝSLEDKŮ TESTU) E-MAILEM NA:

e-mail _____ @ _____

V _____ dne: _____

podpis klienta/zákonného zástupce nezletilého

Obor poskytovaných zdravotních služeb: Tělovýchovné lékařství.
Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V _____ dne: _____

podpis zdravotnického pracovníka