

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, e-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 a jejich poskytování, 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): Krajská nemocnice T. Bati, a. s.

Adresa zdravotnického zařízení: Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín

IČ: 27661989

Obor poskytovaných zdravotních služeb: **gynekologie a porodnictví****Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách**

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta, určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.

Oprávněná osoba:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Narozen dne:

Současně určuji, že tato osoba **může – nemůže** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace.

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sdělovány:

- osobně
- telefonicky (pro případ telefonické komunikace je oprávněn lékař sdělit informace pouze,
- pokud mu bude sděleno zákonným zástupcem zvolené heslo, které je:
-

Současně určuji, že tato osoba **má – nemá** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

V dne

.....
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V dne

.....
podpis lékaře