

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB DOSPÍVAJÍCÍMU BEZ DOPROVODU

Pracoviště: alergologická ambulance, Poliklinika Zahradníková 2/8, Brno

Lékař dispenzarizující (přijímající):

Pacient, nezletilý 15 - 18 let věku (jméno, RČ):

Zák.zástupce pacienta – rodič 1 (jméno, narozen, kontakt):

Zák.zástupce pacienta – rodič 2 (jméno, narozen, kontakt):

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let uděluji, v souladu s ustanovením paragrafu 35, odst.2, písmeno b), zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby výše uvedené zdravotnické zařízení poskytovalo tomuto pacientovi zdravotní služby v oboru alergologie a klinická imunologie bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců.

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce (rodiče) na informace o zdravotním stavu a o poskytnuté i plánované zdravotní péči vůči nezletilému pacientu, jakož ani jiná jejich práva ze zákona.

V, dne

.....
podpis zákonného zástupce - rodič 1 (jméno + podpis)

.....
podpis zákonného zástupce - rodič 2 (jméno + podpis)

.....
podpis pacienta – nezletilého (jméno + podpis)

Nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

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

V Brně, dne

.....
podpis lékaře ZZ (jméno + podpis)