

## Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15-ti let

### Údaje nezletilého pacienta:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

### Údaje rodičů jako zákonných zástupců:

#### **Matka:**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Kontakt (telefon nebo e-mail):

#### **Otec:**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Kontakt (telefon nebo e-mail):

**Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením §35 odst. 2 písm. 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:** Alergologie ŠKOPKOVÁ s.r.o., MUDr. Olga Škopková, se sídlem 709 00 Ostrava - Mariánské Hory, Korunní 76, IČ 28622057.

Obor poskytovaných zdravotních služeb: *alergologie - imunologie*

V Ostravě dne

podpis matky:

podpis otce: