

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta/klienta staršího 15ti let

Údaje nezletilého pacienta/klienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Kontakt (telefon, email):

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta/klienta 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/klientovi 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/klienta, 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): Rehabilitace Rehasport

Adresa zdravotnického zařízení : Květnového povstání 21, Praha 10 - Benice

IČ: 29035112

Obor poskytovaných zdravotních služeb: fyzioterapie

V dne

.....
podpis zákonného zástupce

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

V Praze dne

.....
jméno a podpis fyzioterapeuta