

## Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

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, souhlas k tomu, aby níže uvedený registrující poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi **zdravotní služby v daném oboru a vydával lékařské posudky o zdravotní způsobilosti** 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 zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení :

narozen dne :

Kontakt /telefon, mail/ :

.....  
podpis zákonného zástupce

### Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení :

narozen dne :

Kontakt /telefon, mail/ :

.....  
podpis zákonného zástupce

### Údaje registrujícího poskytovatele

Název: KK Bresson, s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Libušínská 2619, 272 01, Kladno

IČ : 241 45 220

Obor poskytovaných zdravotních služeb: *praktický lékař pro děti a dorost*

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

V Kladně dne .....

.....  
podpis lékaře  
KK Bresson, s.r.o.