

# SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO PACIENTA STARŠÍHO 15 LET

## ÚDAJE NEZLETILÉHO PACIENTA

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

## ÚDAJE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE (RODIČE)

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Kontakt (telefon, 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, 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.

Tímto souhlasím s telefonickým sdělováním informací o zdravotním stavu nezletilé osoby.

Heslo pro telefonickou komunikaci s ohledem na GDPR: .....

## ÚDAJE REGISTRUJÍCÍHO POSKYTOVATELE

Název (firma): G-CENTRUM Olomouc, s.r.o., MUDr. Aleš Skřivánek, Ph.D. – vedoucí lékař

Adresa zdravotnického zařízení: Horní náměstí 285/8, Olomouc, IČ: 26811604

Obor poskytovaných služeb: gynekologie a porodnictví

V ..... Dne .....

Podpis zákonného zástupce .....

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

V ..... Dne .....

Podpis lékaře .....