

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO PACIENTA STARŠÍHO 15 LET S OŠETŘENÍM / VYŠETŘENÍM

Údaje nezletilého pacienta:

Jméno a příjmení:
narozen dne: r. č.:
Adresa trvalého pobytu:

Údaje zákonného zástupce (rodiče):

Jméno a příjmení:
narozen dne:
Kontakt telefon:.....

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením §35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby níže uvedený poskytovatel poskytl nezletilému pacientovi zdravotní službu:

vyšetření v odborné ambulanci alergologie a klinické imunologie

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 odvolat.

Údaje o poskytovateli zdravotní služby:

Název: Alergomed s.r.o., IČZ 86223000, nám. Svobody 527, Třinec

Pobočka:

- Třinec
- Jablunkov
- Český Těšín
- Havířov
- Ostrava
- Opava
- Studénka
- Bílovec
- Fulnek

V dne, podpis zákonného zástupce