**Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího patnácti** **let**

**Údaje nezletilého pacienta**  
Jméno a příjmení:                                                                   narozen dne:  
Adresa trvalého pobytu:                                                                   
   
**Údaje zákonného zástupce (rodiče)**  
Jméno a příjmení:                                                                   narozen dne:  
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.  
   
**Údaje registrujícího poskytovatele**  
Název (firma): TCA s.r.o.

MUDr.Lenka Červinková  
Adresa zdravotnického zařízení : Hálkova 2, Olomouc  
IČ : 629 08 626  
Obor poskytovaných zdravotních služeb : praktický lékař pro děti a dorost  
   
   
V Olomouci, dne …………………….                                            
   
                                                                                               ………………………  
                                                                                       podpis zákonného zástupce  
   
   
Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta:  
   
                                                                                               ………………………  
                                                                                                   podpis lékaře