**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 : Kavaleristů 1260/10, 779 00 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