****

**Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti 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) : MUDr. Antonín Koukal, spol. s r.o.

Adresa zdravotnického zařízení : Viniční 235, 615 00 Brno

IČ : 60731842

Obor poskytovaných zdravotních služeb : KOMPLEXNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE

V ……………………. Dne …………………….

…………………………………….

podpis zákonného zástupce

**Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého**

**pacienta :**

V ……………………. Dne ……………………. …………………………………….

podpis lékaře