

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15 let s ošetřením/vyšetřením

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: datum narození:

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Údaje zákonného zástupce nezletilého pacienta (rodič/opatrovník apod.)

Jméno a příjmení: datum narození:

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Mobilní telefon: E-mail:

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením §35, odst. 2, písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů, souhlas k tomu, aby NL- BioLAB s.r.o. poskytla nezletilému pacientovi zdravotní službu:

- Odběr žilní krve***
- Odběr kapilární krve***
- Odběr moči***
- Výtěr z nosu, krku, rekta atd.***

* Zaškrtněte příslušný typ odběru biologického materiálu.

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce nezletilého pacienta na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona zákonnému zástupci náleží.

V dne.....

.....
podpis zákonného zástupce

Jméno a podpis odběrové sestry: