



DFSZK

Divadelní a filmová společnost Zity Kabátové

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta ke zdravotnímu ošetření:

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

RODNÉ ČÍSLO:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení:

DATUM NAROZENÍ:

Kontakt (telefon + email):

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta, určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.

Současně určuji, že tato osoba má právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

Dávám souhlas k tomu, aby níže uvedený poskytovatel poskytl 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 a je platný pouze po dobu trvání rekreačně vzdělávací akce Divadelní a filmové společnosti Zity Kabátové (DFSZK).

Zastupující a oprávněná osoba DFSZK:

Jméno a příjmení: Divadelní a filmová společnost Zity Kabátové zastoupena Pavlínou Křepelkovou

Adresa trvalého pobytu: Lamačova 633/4, Praha 5 - Hlubočepy

Datum narození: 4.6. 1968

Občanský průkaz:

Údaje registrujícího poskytovatele:

Název zdravotnického zařízení:

Adresa:

IČ:

V Dne

.....

podpis zákonného zástupce