

SOUHLAS S OŠETŘENÍM DÍTĚTE BEZ DOPROVODU ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Datum narození:

.....

Adresa trvalého pobytu:

.....
.....
.....
.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

.....

Datum narození:

.....

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas s absolvováním sportovní lékařské prohlídky v Centru sportovní medicíny z.s.

Jako zákonný zástupce dítěte dále souhlasím s předáním závěrečné zprávy z vyšetření do rukou dítěte.

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

Tento souhlas se uděluje do doby zletilosti dítěte.

Datum udělení souhlasu:

.....

Podpis zákonného zástupce:

.....