

Souhlas zákonných zástupců u dětí ve věku 15-18 let s poskytnutím zdravotních služeb bez doprovodu dle zákona o zdravotních službách

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu :

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Kontakt /Telefon/E-mail:

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta souhlasím s poskytnutím všech zdravotních služeb bez mého doprovodu v souladu se zákonem o zdravotních službách. Výše uvedený nezletilý má právo na informace o zdravotním stavu a všech zdravotních službách od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.

Údaje poskytovatele

Název (firma) : **IMMUNIA spol. s.r.o.**

Adresa zdravotnického zařízení: **Křížíkova 435/109, Praha 8**

IČ : 27906264

Obor poskytovaných zdravotních služeb : *alergologie a klinická imunologie*

.....
Podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V Dne

.....
podpis lékaře