OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Nutriční poradna
Zdravotnické zařízení LF OU
Syllabova 19, 703 00 0strava-Vítkovice

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: ……narozen/a dne: ……..

Adresa trvalého pobytu: ……

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: …… narozen/a dne: ……

Kontakt /telefon, mail/: ……..

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta uděluji v souladu s ustanovením §35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby poskytovatel zdravotnických služeb poskytoval nezletilému pacientovi zdravotní služby v daném oboru a dále dle Informovaného souhlasu s vyšetřením a poskytovanými službami zdravotnického zařízení.

Datum: Podpis zákonného zástupce: _____

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej společně s Informovaným souhlasem s vyšetřením a poskytovanými službami zdravotnického zařízení do zdravotní dokumentace nezletilého

Datum: Podpis zdravotnického pracovníka – nutričního terapeuta:

_____

Nutriční terapeut

Kontaktní údaje:

e-mail: nutricniporadna@osu.cz

telefon: + 420 731 420 288
web: https://nutricniporadna.osu.cz/