



DĚTSKÁ SKUPINA ZAHRÁDKA

Bříství 75, 289 15 Kounice

IČ: 00239003,

E-mail.: DSZahradka@seznam.cz,

tel.: 724 236 199

Souhlas s ošetřením dítěte

Jméno a Příjmení dítěte: _____

Datum narození _____

Bydliště _____

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu s ustanoveními příslušných právních předpisů, souhlas k tomu, byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby v daném oboru bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců.

Rovněž beru na vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý převezen do zdravotnického zařízení. Zákonný zástupce dítěte souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to k poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života. Jedná se o život zachraňující úkony (ty u nezletilého ze zákona přikazuje lékař). Pečující osoba se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení.

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 se uděluje a je platný po dobu platnosti "Smlouva o poskytování služby péče o děti".

Datum udělení souhlasu: _____

Podpis zákonného zástupce

Podpis zákonného zástupce