

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

V době konání, tj. od do
souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery

..... (jméno a příjmení), nar.

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů
(dále jen „zákon o zdravotních službách“) panu/paní
nar., bytem:
Zdravotní pojišťovna dítěte:

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto telefonních číslech:

Jméno a příjmení, telefonní číslo
..... telefonní číslo :.....
Jméno a příjmení, telefonní číslo
..... telefonní číslo :.....

V dne:

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

..... příjmení, jméno příjmení, jméno
..... podpis podpis