**Souhlas k ošetření dětí ve věku 15-18 let bez doprovodu rodičů**

**Souhlas zákonných zástupců s poskytnutím zdravotních služeb**

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení/ datum narození:……………………………………………………………………………………………

Adresa trvalého pobytu : ………………………………………………………………………………………………………

Podpis …………………………………………………………………..

**Údaje zákonného zástupce - matka**

Jméno a příjmení/datum narození……………………………………………………………………………………………..

telefon, mail …………………………………………………………………………………………………………………….

Podpis …………………………………………………………………..

**Údaje zákonného zástupce - otec**

Jméno a příjmení /datum narození……………………………………………………………………………………………..

telefon, mail …………………………………………………………………………………………………………………….

Podpis …………………………………………………………………..

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. **Neplatí pro první vyšetření – vždy nutná přítomnost rodiče!**

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V ……………………. dne …………………….

 …………………………………….

 Dr.Grimmová

 Alergomedica sro.,V Jirchářích 62/2 Ústí nad Labem