

Souhlas rodičů s odběrem krve nezletilého pacienta*

místo pro nalepení štítku

Prohlášení o návštěvě nezletilého pacienta (ve věku 13-15 let) bez doprovodu zákonného zástupce.

*V případě samoplátce ve věku do 15let je nutné mít vyplněn i **F 98 Informovaný souhlas GDPR** zákonným zástupcem

Pacient:	
Jméno, příjmení:	
Číslo pojištěnce:	
Adresa trvalého bydliště:	

Zákonný zástupce:	
Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
tel. kontakt:	

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta souhlasím s tím, že můj syn/dcera může navštívit zdravotnické zařízení bez mého doprovodu za účelem odběru biologického materiálu pro laboratorní vyšetření (zejména odběr žilní krve, popř. jiných tekutin).

Beru na vědomí, že osobní údaje jsou zpracovávány pro účely poskytnutí zdravotní péče a služeb s tím spojených v souladu s platnými a účinnými právními předpisy České republiky.

V případě, že dojde k mimořádné situaci a dítěti se při odběrech udělá nevolno:

- ☐ chci kontaktovat na uvedený tel. kontakt
- ☐ po uvedení do stabilizovaného stavu může dítě odejít bez doprovodu

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce

V _____ dne _____

Podpis zdravotnického pracovníka
(odpovědného za přijetí souhlasu)