

Souhlas rodičů s odběrem krve u nezletilého pacienta*

místo pro nalepení štítku

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

Pacient:

<i>Jméno, příjmení:</i>	
<i>Číslo pojištěnce:</i>	
<i>Adresa trvalého pobytu:</i>	

Zákonný zástupce:

<i>Jméno, příjmení:</i>	
<i>Narozen dne:</i>	
<i>tel.kontakt:</i>	

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)

*V případě samoplátce ve věku do 15let je nutné mít vyplněn i **IS_EUCLab_001 Souhlas GDPR**.