

SOUHLAS RODIČŮ S ODBĚREM KRVE U NEZLETILÉHO PACIENTA



Prohlášení rodičů o návštěvě nezletilého pacienta (ve věku od 15-ti let) bez doprovodu rodičů či zákonného zástupce

Jméno a příjmení rodiče:
(zákonného zástupce)

.....

Jméno a příjmení pacienta:

.....

Číslo pojištěnce:

.....

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, , výtěr z nosu, krku a jiné).

Datum:

.....

Podpis rodiče:
(zákonného zástupce)

.....

*Vaše osobní údaje jsou zpracovávány ve zdravotnické dokumentaci v plném souladu s platnými právními předpisy, zejména v souladu se zákonem o zdravotních službách. Jejich zabezpečení a ochrana je zajištěna v souladu s těmito předpisy i v souladu s Obecným nařízením pro ochranu osobních údajů 2016/679 (GDPR). 03/2025

