

**SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE A S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O
ZDRAVOTNÍM STAVU**

Jméno a příjmení dítěte: datum narození:

Zdravotní pojišťovna.....

Adresa trvalého pobytu:
.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

datum narození:

Telefon

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilý/ho uděluji, v souladu se zněním zákona č.
372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na

.....
byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu
zákonných zástupců. Rovněž беру на vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý/á
hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním
dítěte zpět osobě pověřené organizátorem tábora, umožní-li to zdravotní stav dítěte.

Jako zákonný zástupce dítěte dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte
osobě pověřené organizátorem tábora. Organizátor tábora se zavazuje informovat zákonného
zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není
dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na
informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání tábora, to znamená v období

Od Do

Datum udělení souhlasu: Podpis zákonného zástupce: