



## SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE

## SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Jméno a příjmení dítěte

Datum narození

Adresa bydliště

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Datum narození

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na táboře *Divoký západ* byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž беру na vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý hospitalizován 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, tedy *od 27. července do 9. srpna 2025.*

Místo a datum:

Podpis zákonného zástupce: