



## Souhlas rodičů s poskytováním zdravotní péče dítěti a informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu a zdravotníkovi tábora

SKAUT

V době konání tábora, tj. .... souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mé/ho nezletilého/ho syna/dcery:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

ve smyslu ustanovení §31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

### **Zdravotníkovi tábora:**

*Tomáš Havránek, narozen 4. 9. 1993, Štefánikova 445, Varnsdorf*

### **Vedoucímu tábora:**

*Milan Hrabal, narozen 22. 12. 1978, Petra Bezruče 207, Varnsdorf*

### **Vedoucí:**

*Klára Hrabalová, narozena 13. 12. 1979, Petra Bezruče 207, Varnsdorf*

a určuji je těmito osobami, na jejichž přítomnost má můj nezletilý syn/dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1., a to ve shora uvedeném období.

Souhlasím s tím, aby v případě potřeby byla mému synovi/mé dceři v době konání akce poskytnuta akutní péče ve smyslu § 5 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách bez mého souhlasu dle rozhodnutí lékaře.

Beru na vědomí, že v případě potřeby (určí tak lékař) se budu muset bezodkladně dostavit do příslušného zdravotnického zařízení k udělení souhlasu s poskytnutím zdravotnických služeb mému nezletilému synovi/mé nezletilé dceři a zavazuji se poskytnout v této věci veškerou potřebnou součinnost.

Prohlašuji, že v případě zvláštních okolností, zejména onemocnění mého dítěte, zajistím jeho bezodkladný individuální odvoz z místa konání akce před stanoveným termínem ukončení akce.

Prohlašuji tímto, že v době konání akce je možné mne kontaktovat na tomto telefonním čísle:

V ..... dne .....

Příjmení, jméno:

Telefonní číslo:

Podpis:

.....

.....

.....

Příjmení, jméno:

Telefonní číslo:

Podpis:

.....

.....

.....