

Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu :

Údaje poskytovatele zdravotních služeb IČ : 47997494

Název (firma) : MUDr. Jana Pachová

Adresa zdravotnického zařízení : Olomoucká 2307/66, Šternberk 785 01

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba :

.....
.....
.....

Ze strany poskytovatele byla předána informace a k uvedené zdravotní službě, byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách a byla dána možnost klást lékaři doplňující otázky. Níže uvedení svými podpisy potvrzují výše uvedené a vyjadřují svůj souhlas či nesouhlas poskytnutím této služby.

Zákonný zástupce 1.

Jméno a příjmení :

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne :

.....

Podpis zákonného zástupce 1

Zákonný zástupce 2.

Jméno a příjmení :

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne :

.....

Podpis zákonného zástupce 2

Nezletilý pacient

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

.....

Podpis nezletilého pacienta

Za poskytovatele:

Jméno a příjmení : MUDr. Jana Pachová

.....
Podpis lékaře

Pro poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nebo kvalitu života pacienta zákon vyžaduje souhlas obou zákonných zástupců a pokud se jedná o nezletilého pacienta, který je s ohledem na svůj věk, zdravotní stav a charakter konkrétní zdravotní služby schopen vnímat (posoudit) situaci a vyjadřovat se, tak i souhlas nezletilého pacienta. Pokud není dán souhlas od všech osob, od kterých je v daném případě třeba, je poskytovatel povinen do 24 hodin toto oznámit soudu, který ustanoví opatrovníka. Pokud souhlas některého z rodičů nelze získat, pak namísto jeho vyjádření a podpisu uvést, že souhlas nelze získat.