

Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ : 46768840

Název (firma) : MUDr. Jiří Kožíšek

Adresa zdravotnického zařízení : Školní 1, 410 02 Lovosice

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 s 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 :

.....
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.