Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Údaje nezletilého pacienta
Jméno a příjmení: Narozen dne:
Adresa trvalého pobytu:

Údaje poskytovatele zdravotních služeb IČ: 141 14 879
Název (firma): KoPed s.r.o.
Adresa zdravotnického zařízení: Na Sadech 1276/25, 370 01 České Budějovice

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