

Souhlas s poskytnutím zdravotní služby pacientovi

Zdravotnické zařízení:

Pediatric & Kardiologie Most s. r. o.
MUDr. Romana Balatková
Zdeňka Fibicha 2866/62, 434 01 Most, IČ: 287 32 448

Pacient:

| Jméno | Bydliště | Rodné číslo |
|-------|----------|-------------|
| | | |

Popis navrhované zdravotní služby:

Zvolená varianta zdravotní služby:

- základní bez doplatku
- ekonomicky náročnější – pacient souhlasí s doplatkem _____ Kč

Prohlášení pacienta (zástupce pacienta):

Prohlašuji, že jsem byl ze strany zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován

- o účelu, povaze a předpokládaném přínosu navrhované zdravotní služby
- o možných důsledcích a rizicích navrhované zdravotní služby
- o informacích v příbalovém letáku navržené léčebné nebo očkovací látky
- o možných alternativách k navrhované zdravotní službě
- o povinnosti pacienta setrvat 30 minut po poskytnutí zdravotní služby ve zdravotnickém zařízení

Dále prohlašuji,

- že zastupovaný pacient souhlasí s poskytnutím navrhované zdravotní služby
- že nevím o žádných zdravotních obtížích, které by bránily poskytnutí navrhované zdravotní služby
- že mi bylo umožněno klást zdravotnickému pracovníkovi doplňující otázky, na které jsem dostal přiměřené odpovědi

Poskytnutým informacím jsem porozuměl, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní služby souhlasím.

V dne

Pacient a jeho (zákonní) zástupci nebo zmocněnci:

| | Pacient | Zástupce 1 | Zástupce 2 |
|--------------------|---------|------------|------------|
| Vztah k pacientovi | | | |
| Jméno | | | |
| Bydliště | | | |
| Datum narození | | | |
| Podpis | | | |

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl