

Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – ošetření v alergologické a imunologické ambulanci

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: _____ narozen dne: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Údaje poskytovatele zdravotních služeb:

Název: PRIVAMED a. s., Ordinace alergologie a klinické imunologie

Adresa zdravotnického zařízení: Francouzská 4, 326 00 Plzeň, IČ: 46885251

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. 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: _____ narozen dne: _____

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím podpis zákonného zástupce 1 _____

zákonný zástupce 2.

Jméno a příjmení: _____ narozen dne: _____

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím podpis zákonného zástupce 2 _____

Nezletilý pacient

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím podpis nezletilého pacienta _____

Za poskytovatele

Jméno a příjmení: _____ Podpis poskytovatele: _____

Datum: _____

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.