

# Souhlas - nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

## Údaje poskytovatele zdravotních služeb

Název (firma):

IČ:

Adresa zdravotnického zařízení:

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

Narozen dne:

Podpis zákonného zástupce 1:

### Zákonný zástupce 2.

Jméno a příjmení:

S poskytnutím

Narozen dne:

Podpis zákonného zástupce 2:

### Nezletilý pacient

S poskytnutím

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.