

Souhlas- nepovinné o kování

Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb – nepovinné o kování

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

Údaje poskytovatele zdravotních služeb I :

Název (firma) :

Adresa zdravotnického zařízení :

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba (nepovinné o kování)

O kování proti :O kovací látka :.....

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. Byl dán s dostatečným předstihem k prostudování příbalový leták obsahující veškeré potřebné údaje 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. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení o kování.

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

Datum: