

## Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

### Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ : 18678785

Název (firma) : MUDr. Jana Vávrová

Adresa zdravotnického zařízení : Xaveriova 52, 150 00 Praha 5

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 : MUDr. Jana Vávrová

podpis lékaře