



Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozena dne:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ: 48363057

Název (firma): M DESIGN STUDIO PLZEŇ, s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení:

M DESIGN STUDIO PLZEŇ, s.r.o., chirurgické oddělení
Tachovská 80, 323 00 Plzeň

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba:

Aplikace náušnic

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:

souhlasím

.....
podpis zákonného zástupce 1

Zákonný zástupce 2

Jméno a příjmení:

S poskytnutím

Narozen dne:

souhlasím

.....
podpis zákonného zástupce 2

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.