

# Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

## Údaje poskytovatele zdravotních služeb

Název: KK Bresson, s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Libušínská 2619, 272 01, Kladno, IČ : 241 45 220

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba :

## Poskytování péče v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

### Vydávání lékařských posudků.

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 , že jim bylo podáno vysvětlení, porozuměli mu a souhlasí s poskytnutím této služby.**

### **zákonný zástupce 1.**

Jméno a příjmení :

S poskytnutím souhlasím

Narozen dne :

.....  
podpis zákonného zástupce 1

### **zákonný zástupce 2.**

Jméno a příjmení :

S poskytnutím souhlasím

Narozen dne :

.....  
podpis zákonného zástupce 2

### **Nezletilý pacient**

S poskytnutím souhlasím

.....  
podpis nezletilého pacienta

### **Za poskytovatele**

Jméno a příjmení:

.....  
podpis lékaře

V Kladně dne .....

---

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.