

## Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

### Údaje poskytovatele zdravotních služeb

Název (firma): Dětská ambulance – MUDr. Polášková, s.r.o., IČ: 024 46 545

Adresa zdravotnického zařízení: Makovského nám. 3147/2, 616 00, Brno, tel.: 539 090 222

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 :

Narozen dne :

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

.....  
podpis zákonného zástupce 1

### Zákonný zástupce 2.

Jméno a příjmení :

Narozen dne :

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

.....  
podpis zákonného zástupce 2

### Nezletilý pacient

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

.....  
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.