Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení: Narozen dne:  
Adresa trvalého pobytu:  
Údaje poskytovatele zdravotních služeb: IČ:  
Název (firma):  
Adresa zdravotnického zařízení:

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: 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.