

Nesouhlas s poskytnutím zdravotní služby pacientovi

Zdravotnické zařízení:

MUDr. Kateřina Lukešová, praktický lékař pro děti a dorost
Budějovická 401, 382 32 Velešín, IČ: 45 00 99 61

Pacient:

| Jméno | Bydliště | Rodné číslo |
|-------|----------|-------------|
| | | |

Popis navrhované zdravotní služby:

Prohlášení pacienta (zástupce pacienta):

Prohlašuji, že jsem byl ze strany zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován

- o povinnosti poskytnutí navrhované zdravotní služby
- o účelu, povaze a předpokládaném přínosu navrhované zdravotní služby
- o možných důsledcích a rizicích navrhované zdravotní služby
- o informacích v příbalovém letáku navržené léčebné nebo očkovací látky
- o možných alternativách k navrhované zdravotní službě

Dále prohlašuji,

- že nevím o žádných zdravotních obtížích, které by bránily provedení navrhované zdravotní služby
- že mi bylo umožněno klást zdravotnickému pracovníkovi doplňující otázky, na které jsem dostal přiměřené odpovědi

Poskytnutým informacím jsem porozuměl, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní služby nesouhlasím.

V dne

Pacient nebo jeho Zástupce

| | Pacient | Zástupce |
|--------------------|---------|----------|
| Vztah k pacientovi | | |
| Jméno | | |
| Bydliště | | |
| Datum narození | | |
| Podpis | | |

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl