

## Souhlas s poskytnutím zdravotní služby pacientovi

### Zdravotnické zařízení:

MUDr. Ivana Borovková, praktický lékař pro děti a dorost  
Františka Ondříčka 2, 370 00 České Budějovice, IČ: 48 199 141

### Pacient:

Jméno	Bydliště	Rodné číslo

### Popis navrhované zdravotní služby:

---

#### Zvolená varianta zdravotní služby:

- základní bez doplatku
- ekonomicky náročnější – pacient souhlasí s doplatkem \_\_\_\_\_ Kč

#### Prohlášení pacienta (zástupce pacienta):

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

- 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
- o povinnosti pacienta setrvat 30 minut po poskytnutí zdravotní služby ve zdravotnickém zařízení

Dále prohlašuji,

- že zastupovaný pacient souhlasí s poskytnutím navrhované zdravotní služby
- že nevím o žádných zdravotních obtížích, které by bránily poskytnutí 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 souhlasím.

V ..... dne .....

Pacient a jeho (zákonní) zástupci nebo zmocněnci:

	Pacient	Zástupce 1	Zástupce 2
Vztah k pacientovi			
Jméno			
Bydliště			
Datum narození			
Podpis			

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl