

# Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

## Nezletilý pacient

Jméno a příjmení: ..... Narozen dne: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

## Poskytovatel zdravotních služeb

Název (firma): ..... IČ: .....

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.

### 1. zákonný zástupce

Jméno a příjmení: ..... Narozen dne: .....

S poskytnutím                      souhlasím\* – nesouhlasím\*  
.....  
podpis 1. zákonného zástupce

### 2. zákonný zástupce

Jméno a příjmení: ..... Narozen dne: .....

S poskytnutím                      souhlasím\* – nesouhlasím\*  
.....  
podpis 2. zákonného zástupce

### 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.

\* Nehodící se škrtněte