

# Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotním služeb

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

## Údaje poskytovatele zdravotních služeb:

**Praktická lékařka pro děti, dorost a dospělé MUDr. Jindřiška Procházková  
Žižkova 327, 341 01 Horažďovice, IČO: 47730200**

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba

.....  
.....  
.....

Ze strany poskytovatele byla předána informace a k uvedené 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 poskytnutí této služby.

## Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

S poskytnutím souhlasím - nesouhlasím

Narozen dne:

.....  
podpis zákonného zástupce

## Nezletilý pacient.

S poskytnutím souhlasím - nesouhlasím

.....  
podpis nezletilého pacienta

## Za poskytovatele:

.....  
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 k soudu, který ustanoví opatrovníka. Pokud souhlas některého z rodičů nelze získat, pak namísto jeho vyjádření a podpisu uvést, že souhlas nelze získat.