

Souhlas s poskytnutím zdravotní péče

Já

Jméno, příjmení

Bytem

Jako zákonný zástupce nezletilého:

Jméno, příjmení

Datum narození

Prohlašuji následující:

- že jsem byl(a) ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován(a) o poskytnutí zdravotní péče
- byl(a) jsem informován(a) o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče
- bylo mi umožněno klást doplňující otázky

Poučení jsem porozuměl(a) nemám již další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji souhlas.

V Praze dne:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis zdravotnického pracovníka: