Souhlas - nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb- nepovinného očkování aj. zákroků

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení:                                                                                Narozen dne  :

Adresa trvalého pobytu :

**Údaje poskytovatele zdravotních služeb**IČ :

Název (firma) :

Adresa zdravotnického zařízení :

Navrhovaná (vyžadovaná)  zdravotní služba (nepovinné očkování, zavedení nitroděložního tělíska...)

Očkování proti : ……………………………………………Očkovací látka :…………………………………

Nitroděložní tělísko typ:.....................................................................

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. Byl dán s dostatečným předstihem k prostudování příbalový leták obsahující veškeré potřebné údaje 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. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránili provedení očkování (případně zavedení tělíska).

**zákonný zástupce 1.**

Jméno a příjmení :                                                        S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne :

                    …………………………………..

                    podpis zákonného zástupce 1

**zákonný zástupce 2.**

Jméno a příjmení :                                                        S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne :

                    …………………………………..

                    podpis zákonného zástupce 2

**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. **Pro případ, že jsou dány zdravotní obtíže – kontraindikace k očkování, tak lékař zapíše do dokumentace, že očkování pro tyto nebylo provedeno.**