

Nesouhlas s poskytnutím zdravotní služby

Zdravotnické zařízení:

Pacient:

Jméno	Bydliště	Rodné číslo

Popis navrhované zdravotní služby:

Prohlášení pacienta

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

- o povinnosti poskytnutí navrhované zdravotní služby
- 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

Dále prohlašuji,

- že nevím o žádných zdravotních obtížích, které by bránily provedení 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 nesouhlasím.

V dne

Podpis pacienta

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl