

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15ti let

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje poskytovatele zdravotních služeb

Název (firma): Gynerva s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Ke Stáčírně 607/2, 149 00 Praha 4

IČ: 28401123

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením §35, odst.2, písmeno b), zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby výše uvedený registrující poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi služby v daném oboru bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců.

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce (rodiče) na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas je možné ze strany zákonného zástupce kdykoliv v budoucnu odvolat.

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba:

Souhlasím, že moje dcera může na prohlídky do gynekologické ordinace chodit sama bez mého doprovodu, může absolvovat gynekologické vyšetření bez mé přítomnosti a o průběhu prohlídky a jejího výsledku mne bude sama informovat. Souhlasím s případnou aplikací injekce nitrosvalově či nitrožilně, odběrem krve, s případnou hormonální léčbou (Duphaston, Provera, Utrogestan, Estrofem) nebo nasazením hormonální antikoncepce. Beru na vědomí, že mé dceři byly vysvětleny možné nežádoucí účinky a případná rizika související s užíváním hormonální léčby nebo antikoncepce a sám/sama jsem si vědom/a možných komplikací této léčby (zvýšení rizika trombozy, embolie). Lékař může poskytovat lékařskou péči podle potřeb dítěte s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav.

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 lékařovi doplňující otázky. Níže uvedení svými podpisy potvrzují výše uvedené a vyjadřují svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím této služby.

zákonný zástupce 1.

Jméno a příjmení:

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne:

.....
podpis zákonného zástupce 1

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