**Souhlas - nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb**

**Údaje nezletilého pacienta**
Jméno a příjmení:                                                                               Narozen dne:
Adresa trvalého pobytu :

**Údaje poskytovatele zdravotních služeb**IČO : 629 08 626
Název (firma): TCA s.r.o.

MUDr.Lenka Červinková, ordinace pro děti a dorost
Adresa zdravotnického zařízení: Kavaleristů 1260/10, 779 00 Olomouc

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba:

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 lékaři 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

**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

**V Olomouci, dne ………………**

**Za poskytovatele**                                                …………………………………..

Jméno a příjmení:                                                       podpis lékaře