**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