Detská ambulancia Malina s.r.o.
Ul. L. Svobodu 11, 900 45 Malinovo
MUDr. Kállayová Veronika

+421 948 900 801
detska.ambulancia.malina@gmail.com
www.ambulanciamalina.sk

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z.z.

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....

Dolu podpísaný(á) pacient/zákonný zástupca potvrdzujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasím.

Dátum	Podpis

Dátum	Podpis

Detská ambulancia Malina s.r.o.
Ul. L. Svobodu 11, 900 45 Malinovo
MUDr. Kállayová Veronika

+421 948 900 801
detska.ambulancia.malina@gmail.com
www.ambulanciamalina.sk

Dátum	Podpis

Dátum	Podpis