

JASNA psyché s.r.o.
Havlíčkova 1155
27101 Nové Strašecí

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení pacienta.....

Datum narození.....

Já níže podepsaný pacient, tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval o důvodu péče a léčby, a to způsobem, který je dle mého názoru pro mě srozumitelný. Vysvětlením a informací jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Těž stvrzuji, že jsem uvedl/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly srozumitelně vysvětleny a nemám dalších otázek. Rozumím informacím, které mi lékař poskytl a souhlasím s navrženou péčí a léčbou.

Pro podávání informací o mém zdravotním stavu, nahlížení a pořizování výpisu nebo kopií z mé zdravotnické dokumentace určuji tyto osoby:

Kontaktní údaje:

Jméno, příjmení

Telefon

Informace podávat po telefonu: ano/ne

Jméno, příjmení, vztah k pacientovi

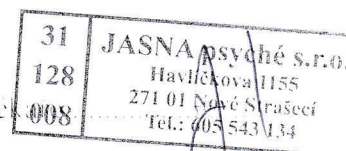
Datum.....

Podpis pacienta.....

Prohlašuji, že jsem pacienta osobně informovala, poučila a podala vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient ka vyslovil a svůj informovaný souhlas.

Datum.....

Podpis a razítko lékaře



MUDr. Lucie Závěšická, PhD.