

ODMIETNUTIE POUČENIA A INFORMOVANÝ SÚHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNEJ SLUŽBY

v súlade s ust. § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov („ZoZS“)

meno a priezvisko:

dátum narodenia:

rodné číslo:

meno a priezvisko zák. zást.:
(„Pacient“)

vyhlasujem, že v súlade s ust. § 6 ZoZS udeľujem svoj informovaný súhlas

spoločnosti: Klinika impedančnej terapie s.r.o.
so sídlom: Karpatská 3256/15, 05801 Poprad, Slovenská republika
IČO: 51338459
Štatutárny orgán: Bc. Zuzana Mašurová, konateľ
Bc. Paulína Chrípková, konateľ
Bc. Daniel Vrábel, konateľ
Zapísanej v: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I., oddiel: Sro, vložka č.
126148/B
(„Poskytovateľ“)

s poskytnutím zdravotnej služby:

a) MERANIE KRVNÉHO LAKTÁTU

b) MERANIE VODIVOSTI KOŽNÉHO KRYTU

c) ELEKTROLIEČEBNÉHO ÚKONU – NEIMPEDANČNÁ TERAPIA

d) ELEKTROLIEČEBNÉHO ÚKONU – IMPEDANČNÁ TERAPIA

(zakrúžkujte typ zdravotnej služby)

, pričom som **odmietol/la** poučenie v súlade s ust. § 6 ods. (3) ZoZS

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som v súlade s ust. § 6 ods. (3) ZoZS **odmietol/la** poučenie o informovanie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Ako dôvod **odmietnutia** poučenia a informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej služby uvádzam:

.....
.....
.....
.....

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som Poskytovateľovi nezatajil/a žiadne vážnejšie ochorenie, na ktoré sa liečim alebo som sa v minulosti liečil/a, alebo ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

V dňa

.....
Pacient

.....
Podpis zákonného zástupcu/opatrovníka

Ja, zdravotnícky pracovník, vyhlasujem, že som pacienta (a zákonného zástupcu / opatrovníka) informoval o všetkých skutočnostiach v súvislosti s poskytnutím Zdravotnej služby pacientovi v rozsahu uvedenom.

Meno zdravotníckeho pracovníka:

Podpis zdravotníckeho pracovníka:

Bude vyplnené v prípade, že je pacient spôsobilý na udelenie informovaného súhlasu, ale nemôže sa s ohľadom na svoj zdravotný stav podpísať.

Pacient sa nemôže podpísať z týchto dôvodov (napr. nevidiaci pacient, úraz):

.....
.....
.....

Pacient súhlas prejavil takto:

.....

Svedok (meno, priezvisko, podpis):

.....
.....