

## Nesouhlas s poskytnutím zdravotní služby pacientovi

### Zdravotnické zařízení:

**Pediatric & Kardiologie Most s. r. o.**  
MUDr. Romana Balatková  
Zdeňka Fibicha 2866/62, 434 01 Most, IČ: 287 32 448

### Pacient:

Jméno	Bydliště	Rodné číslo

### Popis navrhované zdravotní služby:

---

### Prohlášení pacienta (zástupce pacienta):

Prohlašuji, že jsem byl ze strany zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován

- o povinnosti poskytnutí navrhované zdravotní služby
- o účelu, povaze a předpokládaném přínosu navrhované zdravotní služby
- o možných důsledcích a rizicích navrhované zdravotní služby
- o informacích v příbalovém letáku navržené léčebné nebo očkovací látky
- o možných alternativách k navrhované zdravotní službě

Dále prohlašuji,

- že nevím o žádných zdravotních obtížích, které by bránily provedení navrhované zdravotní služby
- že mi bylo umožněno klást zdravotnickému pracovníkovi doplňující otázky, na které jsem dostal přiměřené odpovědi

Poskytnutým informacím jsem porozuměl, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní služby nesouhlasím.

V ..... dne .....

Pacient nebo jeho Zástupce

	Pacient	Zástupce
Vztah k pacientovi		
Jméno		
Bydliště		
Datum narození		
Podpis		

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl