



Informovaný souhlas se zdravotním výkonem FYZIOTERAPIE

Jméno a příjmení pacienta: RČ.:
(dále jen „Pacient“)

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka:.....

Plánovaná zdravotní služba: Fyzioterapie

Prohlašuji, že jsem byl/a obeznámena o zdravotním výkonu fyzioterapie, která bude dle předloženého
Poukazu na vyšetření/ošetření vykonávána

zaškrtnou variantu

- Vůči mé osobě
- Vůči mému nezletilému dítěti
- Vůči mému dospělé dceři/synovi, které/ý je soudem omezen na svých právech

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou
svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném
rozsahu a formě též pacientovi.

Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotní
služby Fyzioterapie

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám
za podstatné, a moje dotazy mi byly fyzioterapeutkou zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným
informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své
svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením uvedené zdravotní služby.

V Litoměřicích dne:

podpisy:

Pacient / zákonný zástupce / opatrovník

(jedná-li se o nezletilého pacienta, který dovršil 14 let, připojí podpis zákonný zástupce i pacient)

.....

seznámení provádějící fyzioterapeutka Michaela Kozelková

V případě, že se pacient (zákonný zástupce / opatrovník) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:
důvod:.....

způsob projevu souhlasu:

Svědék (Jméno a příjmení):

Podpis Svědka.....