

PROHLÁŠENÍ O NESOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Část A – Podání informací o zdravotním stavu pacienta dle § 31 odst. (1)
zákona o zdravotních službách
vyplní zdravotnické zařízení:

Jméno a příjmení zubního lékaře:

Zdravotnická zařízení:

- Pekárek Strašnice, Nad Olšinami 672/4, 100 00 Praha 10
 Pekárek Chodov, Starochodovská 1750/91, 149 00 Praha 11
 Pekárek Kobylisy, Okrouhlická 568/15, 182 00 Praha 8

Poučení pacienta/zákonného zástupce:

Pacient:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Číslo pojištěnce:

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Podání informací o zdravotním stavu pacienta bylo provedeno dne:

.....
podpis zubního lékaře

Příloha: Individuální léčebný postup (Léčebný plán)

Část B – Prohlášení pacienta o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen výše uvedeným zubním lékařem o zdravotním stavu pacienta a navrženém individuálním léčebném plánu. Byl jsem výslovně informován o tom, že v rámci řádné péče o zdraví pacienta je třeba absolvovat zdravotní výkony dle léčebného plánu, jehož kopii jsem obdržel.

Zubní lékař mi náležitě vysvětlil, že odmítání souhlasu s poskytnutím uvedených zdravotních služeb, a jejich neposkytnutí, může vážně poškodit zdraví nebo ohrozit život pacienta.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych zubnímu lékaři, který mi podával vysvětlení, kladl doplňující otázky, a že jsem **vysvětlení plně porozuměl**.

Přes výše uvedené vysvětlení, které jsem plně pochopil a vzal na vědomí, prohlašuji, že **nadále odmítám navrženou zdravotní péči, kterou jsem označil v Léčebném plánu**.

V dne

.....
podpis pacienta/zákonného
zástupce

Část C – Odmítnutí podpisu Prohlášení o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb

Použije se v případech, kdy pacient/zákonný zástupce odmítá vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb a současně odmítá podepsat Prohlášení o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb.

Potvrzují, že pacient/zákonný zástupce vyslechl informace o zdravotním stavu pacienta a o navrženém léčebném plánu a převzal kopii individuálního léčebného plánu.

Prohlášení o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb odmítá podepsat.

Svědék:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

V dne

.....

Podpis svědka

V dne

.....

Podpis zubního lékaře