

INFORMOVANÝ SOUHLAS

s poskytováním stomatologických zdravotních služeb nezletilému pacientovi

Poskytovatel zdravotních služeb:

Název ordinace: MEDIKAP s.r.o.

IČ: 06697887

Adresa: Jiřího Potůčka 228, Pardubice , 53009

1. Identifikace nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Rodné číslo: _____

2. Identifikace zákonného zástupce

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Telefon / e-mail: _____

Prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem výše uvedeného nezletilého pacienta a jsem oprávněn/a udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb.

3. Poučení

Byl/a jsem srozumitelným způsobem poučen/a zejména o:

- zdravotním stavu nezletilého pacienta,
- navrhovaném léčebném postupu,
- účelu a povaze jednotlivých výkonů,
- možných alternativách léčby,
- možných rizicích a komplikacích (např. bolestivost, otok, krvácení, selhání výplně, nutnost reendodontického ošetření, nutnost extrakce, alergická reakce na anestetikum apod.),
- nutnosti spolupráce dítěte při ošetření,
- nutnosti dodržování doporučeného režimu a kontrol.

Byl/a jsem poučen/a o možnosti klást doplňující otázky a všechny mé dotazy byly zodpovězeny.

4. Rozsah souhlasu

Souhlasím s poskytováním stomatologických zdravotních služeb nezletilému pacientovi, zejména s:

- preventivními prohlídkami
- zhotovením RTG snímků
- aplikací lokální anestezie
- ošetřením zubního kazu výplní
- endodontickým ošetřením
- extrakcí zubu
- výkony dle aktuálního zdravotního stavu a léčebného plánu

Souhlas se vztahuje i na nezbytné úpravy léčebného postupu, pokud si je vyžádá aktuální zdravotní stav pacienta.

5. Prohlášení zákonného zástupce

Prohlašuji, že:

- jsem poskytl/a pravdivé informace o zdravotním stavu dítěte (alergie, užívané léky, chronická onemocnění apod.),
 - jsem byl/a informován/a o právu souhlas kdykoliv odvolat,
 - souhlas uděluji svobodně a bez nátlaku.
-

V Pardubicích dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Jméno lékaře: _____

Podpis lékaře: _____