**Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – nepovinné očkování**  
   
**Údaje nezletilého pacienta**   
Jméno a příjmení:                                                                                Narozen dne  :  
Adresa trvalého pobytu :                                                                      
   
**Údaje poskytovatele zdravotních služeb** IČ : 01314432   
Název (firma) :MUDr. Edita Formánková  
Adresa zdravotnického zařízení : Žukovského 887/4, Praha 6  
   
Navrhovaná (vyžadovaná)  zdravotní služba (nepovinné očkování)  
   
Očkování proti : ……………………………………………

Očkovací látka :…………………………………  
   
Ze strany poskytovatele byla předána informace a k uvedené zdravotní službě, byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách. Byl dán s dostatečným předstihem k prostudování příbalový leták obsahující veškeré potřebné údaje a byla dána možnost klást lékaři doplňující otázky. Níže uvedení svými podpisy potvrzují výše uvedené a vyjadřují svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím této služby. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránili provedení očkování.  
   
**zákonný zástupce 1.**  
Jméno a příjmení :                                                        S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím  
Narozen dne :

…………………………………..  
podpis zákonného zástupce 1  
   
**zákonný zástupce 2.**  
Jméno a příjmení :                                                        S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím  
Narozen dne :

…………………………………..  
podpis zákonného zástupce 2  
   
**Nezletilý pacient**   
                                                                                  S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím  
   
…………………………………..  
podpis nezletilého pacienta  
   
**Za poskytovatele**                                                …………………………………..

Jméno a příjmení : MUDr. Edita Formánková                                       podpis lékaře