**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