

INFORMOVANÝ SÚHLAS

podľa § 6 a nasl. zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zdravotnícke zariadenie: Genetická ambulancia
Tomášikova 6, Košice
IČO: 36756725
zapísaný v OR OS Košice I, odd. Sro, vl. č. 19571/V
č.povolenia 1/792/2007 RU20-8149

Pacient: Meno:
 Bydlisko:
 Rodné číslo:
 ZP:

Predmetom zdravotnej starostlivosti zdravotníckeho zariadenia je genetické vyšetrenie za účelom zistenia zdravotného stavu pacienta/plodu, stanovenia diagnózy plodu a stanovenia ďalšieho postupu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Zdravotná starostlivosť je poskytovaná ambulantne.

S poskytnutím zdravotnej starostlivosti nie sú spojené žiadne vedľajšie následky a riziká.

Pacient je oprávnený odmietnuť poskytnutie zdravotnej starostlivosti. V prípade, že pacient odmietne poskytnutie zdravotnej starostlivosti, berie na vedomie, že v plnom rozsahu znáša následky a riziká spojené s neposkytnutím zdravotnej starostlivosti, najmä neskoré stanovenie diagnózy, nemožnosť stanovenia ďalšieho postupu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti ako pri včasnej diagnostike, možnosť vážneho poškodenia zdravotného stavu pacienta/plodu.

Pacient svojím podpisom prehlasuje, že poučenie mu bolo dané zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a poučeniu rozumie a s poskytnutím zdravotnej starostlivosti súhlasí.

Pacient berie na vedomie, že má právo informovaný súhlas kedykoľvek slobodne odvolať. Odvolanie informovaného súhlasu nadobúda účinnosť dňom doručenia prejavu vôle pacienta odvolať informovaný súhlas zdravotníckemu zariadeniu.

V Košiciach dňa:

.....
Centrum prenatalnej diagnostiky, s.r.o.

.....
podpis pacienta

Pacient svojím podpisom prehlasuje, že poučenie mu bolo dané zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a napriek tomu poučeniu zdravotnú starostlivosť odmieta.

V Košiciach dňa:

.....
Centrum prenatalnej diagnostiky, s.r.o.

.....
podpis pacienta

Pacient podpisom tohto informovaného súhlasu potvrdzuje, že bol informovaný aj o nasledujúcich skutočnostiach
a./ pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti bol riadne oboznámený s cenníkom služieb, s platbou za nadštandardný a komplexný poradenský prístup, s ktorým súhlasí/nesúhlasí a zaväzuje sa ju uhradiť ihneď po poskytnutí zdravotníckej starostlivosti zdravotníckym zariadením.
b./ platný príjmový doklad o úhrade preberá

V Košiciach dňa:

.....
Centrum prenatalnej diagnostiky, s.r.o.

.....
podpis pacienta