

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zdravotnické zařízení: Immuno-flow spol. s.r.o.

Pracoviště (klinika,oddělení): Alergologická ambulance

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____
Jméno,příjmení,datum narození

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Byl jsem poučen o alternativách místo lékařem doporučeného výkonu (*existuje-li reálná lege artis alternativa lékařem doporučeného výkonu*) a vzal jsem na vědomí výhody i nevýhody lékařem doporučeného výkonu.

Byl jsem dále poučen o rizicích lékařem doporučeného výkonu.

Byl jsem poučen o omezeních v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V dne

Vlastnoruční podpis pacienta
(zákonných zástupců)

Podpis lékaře, který poučení provedl:
