

**Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: AGEL Clinic s.r.o.**

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť: .....

Dátum narodenia: .....

Bydlisko (ulica, č. domu, miesto, PSČ):.....

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): .....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:.....

Ťažkosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

.....  
.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon: odber krvi, fyziologické vyšetrenie, RTG hrudníka, serologické vyšetrenia pre potreby cudzineckej polície za účelom vydania posudku, že cudzinec netrpí chorobou ohrozujúcou verejné zdravie na základe Výnosu MZ SR z 12. novembra 2011, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o vydávaní lekárskeho posudku, že štátny príslušník tretej krajiny netrpí chorobou, ktorá ohrozuje verejné zdravie a zoznam chorôb ohrozujúcich verejné zdravie (Opatrenie 509/2011).

Dolu podpísaný zákonný zástupca svojím podpisom potvrdzuje, že bol informovaný o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvuje maloletý za účelom vydania posudku pre cudzineckú políciu, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách. Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách. Poučenie mi ako zákonnému zástupcovi maloletého bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som ako zákonný zástupca maloletého porozumel/a. Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi:

**súhlasím – nesúhlasím.\***

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

V .....dňa .....

.....

podpis zákonného zástupcu osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

.....

podpis pacienta

\* nehodiace preškrtnúť

**AGEL Clinic s.r.o.**

Jelačičova 8, 821 08 Bratislava, Tel: +421 2/482 52 300, E-mail: [agelclinic@agelclinic.sk](mailto:agelclinic@agelclinic.sk), [www.agelclinic.sk](http://www.agelclinic.sk)

Spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sro, vložka č. 67582/B, Bankové spojenie: Československá obchodná banka a.s., Korporátna pobočka Bratislava I., Číslo účtu: 0125529223/7500, IBAN: SK85 7500 0000 0001 2552 9223, BIC: CEKOSK BX IČO: 45725381, DIČ: 2023121496, IČ DPH: SK7120001372, [www.agel.sk](http://www.agel.sk)

**Health care provider: AGEL Clinic s.r.o.**

Instruction and written informed consent of the patient pursuant to Section 6 of Act No. 576/2004 Coll.

Name and surname of the person to whom the healthcare is to be provided: .....

Date of birth: .....

Address of residence (street, street number, place, postal code): .....

Tel./Email (in case of need for a follow-up examination): .....

Name and surname of a legal representative: .....

Difficulties, or symptoms of the disease and other anamnestic details

.....  
.....

Proposed (planned) diagnostic and therapeutic procedure: blood sampling, physiological examination, chest X-ray, serological examinations for the needs of the Foreign Police for the purpose of issuing a medical report that the foreigner does not suffer from a disease endangering public health on the basis of the Decree of the Ministry of Health of the Slovak Republic of 12 November 2011, which establishes the details of issuing a medical report that a third-country national does not suffer from a disease endangering public health and the list of diseases endangering public health (Decree 509/2011).

I, the undersigned legal representative, hereby confirm by my signature that I have been informed of the nature of the proposed diagnostic procedure to be performed on the minor for the purpose of issuing a medical report to the Foreign Police, as well as of its possible consequences and risks. I have also been informed of the choices and risks of the proposed procedures. As the minor's legal representative, I have been instructed in a clear and considerate manner under no duress with the opportunity and sufficient time to make a free decision. As the minor's legal representative, I have understood the instruction. By my signature I hereby confirm that I agree with the proposed diagnostic procedures:

**I agree - I do not agree\***

I give this consent fully conscious, in a free and serious manner.

In .....dated .....

.....

Signature of the legal representative of the person to whom healthcare is provided

.....

Patient's signature

\* delete as appropriate

**AGEL Clinic s.r.o.**

Jelačičova 8, 821 08 Bratislava, Tel: +421 2/482 52 300, E-mail: [agelclinic@agelclinic.sk](mailto:agelclinic@agelclinic.sk), [www.agelclinic.sk](http://www.agelclinic.sk)

Spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sro, vložka č. 67582/B, Bankové spojenie: Československá obchodná banka a.s., Korporátna pobočka Bratislava I., Číslo účtu: 0125529223/7500, IBAN: SK85 7500 0000 0001 2552 9223, BIC: CEKOSKBX IČO: 45725381, DIČ: 2023121496, IČ DPH: SK7120001372, [www.agel.sk](http://www.agel.sk)