

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.

Vdňa

.....

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, 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

Поставщик медицинских услуг: AGEL Clinic s.r.o.

Инструкция и письменное информированное согласие пациента в соответствии со статьей 6 Закона No 576/2004 Сб.

Имя и фамилия лица, получающего медицинскую помощь:

Дата рождения:.....

Проживание (улица, номер дома, город, почтовый индекс):.....

тел./e-mail (в случае необходимости вызова на экспертизу):

Имя и фамилия законного представителя.....

Трудности или проявления заболевания и другие анамнестические данные

.....
.....

Предлагаемая (плановая) диагностическая и терапевтическая процедура: анализ крови, физиологическое обследование, рентген грудной клетки, серологические обследования для нужд иностранной полиции с целью выдачи заключения о том, что иностранец не страдает заболеванием, угрожающим общественному здоровью, на основании Постановления Министерства здравоохранения Словацкой Республики от 12 ноября 2011 года, в котором излагаются детали выдачи медицинского заключения о том, что гражданин третьей страны не страдает заболеванием, угрожающим общественному здоровью, и перечень заболеваний, угрожающих общественному здоровью (Мера 509/2011).

Нижеподписавшийся законный представитель подтверждает своей подписью, что он был проинформирован о характере предлагаемой диагностической процедуры, проводимой несовершеннолетним с целью вынесения заключения полиции по делам иностранцев, а также о ее возможных последствиях и рисках. Меня также проинформировали о выборе предлагаемых спектаклей и о рисках. Инструкция, данная мне, как законному представителю несовершеннолетнего, была дана в ясной, внимательной манере, без принуждения, с возможностью и достаточным временем для того, чтобы сделать свободный выбор. Поучению как законный представитель несовершеннолетнего понял. Своей подписью подтверждаю, что предлагаемыми диагностическими процедурами:

согласен – не согласен.*

Я даю это согласие в полном осознании, свободно и серьезно.

В..... День.....

.....

подпись законного представителя лица, получающего медицинскую помощь

Подпись пациента

* неподходящее зачеркнуть