

## Gastroenterologická konzultácia

### Informovaný súhlas pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa § 6 ods. 4 Zák. č. 576/2004 Z. z.

Týmto vlastnoručným podpisom potvrdzujem, že som bol/-a dňa [ ] ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom riadne informovaný/-á o:

- účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti (gastroenterologická konzultácia, pohovor, dispenzár, zhodnotenie a vydanie výsledkov),
- možnostiach voľby navrhovaných postupov,
- rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti,
- práve informovaný súhlas kedykoľvek slobodne odvolať.

Poučenie bolo poskytnuté:

- a) zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas,
- b) primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu mojej osoby,
- c) porozumel/-a som obsahu vysvetľujúceho tlačiva.

Dolupodpísaný/-á zároveň potvrdzujem, že som neodmietol/-a poučenie.  
Súhlasím s plánovaným zákrokom.

**Súhlasím s plánovaným zákrokom.**

[ ]  
podpis lekára

[ ]  
dátum

[ ]  
podpis pacienta