



Nestátní zdravotnické zařízení Mgr. Kateřina Damcová, DiS.  
ambulance fyzioterapeuta  
Semice 289, 28917  
Tel.: 775980230 email: damcova@email.cz

## **Informovaný souhlas s vyšetřením/ošetřením**

**Jméno a příjmení pacienta:**.....

**Rodné číslo :**...../**Zdr.pojišťovna :**.....

**Adresa:**.....

**Telefonní číslo :** ..... **Email:**.....

---

**Svým podpisem prohlašuji, beru na vědomí a souhlasím :**

- jsem osoba starší 18let, osoby mladší doprovází zákonný zástupce
- **POSKYTNUTÉ SLUŽBY NENAHRAZUJÍ LÉKAŘSKOU PÉČÍ, VŽDY DOPORUČUJEME VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM**
- přicházím-li na vlastní žádost bez doporučení odborného lékaře, jsem si vědom/a a souhlasím, že poskytnutá terapie bude zvolena na základě diferenciálně diagnostických vyšetřovacích postupů provedených nelékařským zdravotnickým pracovníkem – registrovaným fyzioterapeutem s platným osvědčením MZČR k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě zákona 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických pracovnících v platném znění
- byl jsem předem seznámen s odměnou za poskytnuté služby dle platného ceníku zdravotnického zařízení; **NZZ nemá smlouvy se zdravotními pojišťovnami**
- byl/a jsem seznámen/a s účelem, povahou, předpokládaným prospěchem, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb a byl/a jsem poučen/a o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si z několika alternativ
- byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem a vhodnými preventivními opatřeními
- byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě
- nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby
- s mými osobními údaji bude nakládáno dle zákona 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů a dle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.**

Podpis pacienta:

Podpis vyšetřujícího fyzioterapeuta:

Datum:

Datum: