**Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb - FYZIOTERAPIE**

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení: Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

**Údaje poskytovatele zdravotních služeb**

Název (firma) : **NedFyzio s.r.o.**

Adresa zdravotnického zařízení **: Nedvědice č.p. 103, 592 62 Nedvědice**

 **Vratislavovo nám. č.p. 12, 592 31 Nové Město na Moravě**

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba - **FYZIOTERAPIE**

Ze strany poskytovatele byla předána informace a k uvedené zdravotní službě, byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách. Níže uvedení svými podpisy potvrzují výše uvedené a vyjadřují svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím této služby.

**zákonný zástupce 1.**

Jméno a příjmení : S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne :

…………………………………..

podpis zákonného zástupce 1

**zákonný zástupce 2.**

Jméno a příjmení : S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne :

…………………………………..

podpis zákonného zástupce 2

**Nezletilý pacient**

 S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

…………………………………..

podpis nezletilého pacienta

**Za poskytovatele**  …………………………………..

Jméno a příjmení : podpis fyzioterapeuta