**INFORMOVANÝ SOUHLAS U ​​NEZLETILÉHO**

**s poskytnutím zdravotnických služeb a provedených zdravotních výkonů**

Poskytovatel zdravotnických služeb:

Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Jméno, příjmení a bydliště zákonného zástupce:

Označení zdravotního výkonu nebo služby: **Fyzikální terapie**

**KONTRAINDIKACE** spojené se zdravotním výkonem nebo službou:

- růstové štěrbiny

- antikoagulancia (medikamenty na ředění krve)

- horečnaté stavy

- jizvy, poškozená kůže, čerstvé vpichy (možnost fototerapie-laser)

- primární nádory, ložiska TBC (možnost TENS)

- oblast žláz s vnitřní sekrecí (štítná žláza)

- epilepsie

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu: možnost přechodného zhoršení stavu

Pacient i jeho zákonný zástupce byli poučeni o svém právu klást otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím, či nikoli. Pacient i zákonný zástupce prohlašuje, že podaným informacím rozumí, nemají žádné otázky ani nejasnosti a vyjadřují svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony. Současně vyslovují souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

Dne: Podpis zákonného zástupce:

Podpis zdravotníka, který informace podával: Podpis nezletilého pacienta: