

**POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ PACIENTKY  
(URČENO PRO PACIENTKY OŠETŘENY V RÁMCI DĚTSKÉ GYNEKOLOGIE DO 15  
BEZ REGISTRACE V ORDINACI )**

**Gynekologická ambulance pro děti, dorost, dospělé ženy a prenatální péči**  
**MUDr. Klára Braunová** Tel.: +420 383 387 133  
 B. Němcové 570 Mobil: +420 733 676 020  
 386 01 Strakonice braunova@gynekolog.cz

Pacient (tka) jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození:	Kód zdravotní pojišťovny:
Telefonní číslo / e-mail:	
Heslo pro elektronickou (telefonní) komunikaci:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Zákonný zástupce – matka jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Zákonný zástupce – otec jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Jiný zákonný zástupce jméno a příjmení:	Rodné číslo:

**Souhlas:**

<b>Vzor vyplnění (zatržení): Zakroužkujte správnou odpověď</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
Byl(a) jsem poučena o podmínkách gynekologického vyšetření a souhlasím s tím	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby MUDr. Braunová provedla lékařskou péči za přítomnosti zákonného zástupce a své zdravotní sestry	ANO	NE
Souhlas s odběrem biologického materiálu (krev, moč, stěry) na potřebná vyšetření a laboratorní rozbory, dávám souhlas k ultrazvukovému vyšetření, vaginoskopii a vyšetření per rectum (přes konečník)	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby lékařský a zdravotnický personál ambulance nahlížel do zdravotnické dokumentace, tyto osoby jsou ze zákona povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby externí zdravotničtí auditoři nahlíželi do zdravotnické dokumentace v souvislosti s jejich kontrolní činností. O všech skutečnostech jsou povinni zachovávat mlčenlivost	ANO	NE
Souhlasím s tím, že o výsledcích vyšetření mohu být informován(a) telefonem bez uvedení bezpečnostního hesla, jen na základě představení nebo přijdu osobně	ANO	NE
	ANO	NE
	ANO	NE
	ANO	NE

\*Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením (§ 66 zák. č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách)

Datum:	Hodina	Podpis zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře (řky), který (á) provedl (a) poučení	Podpis svědka, který (á) byl přítomen poučení