

Informovaný súhlas

Priezvisko a meno dieťaťa:.....

Dátum narodenia dieťaťa:

Potvrdzujem, že ma zdravotnícky pracovník osobne, zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku informoval o obsahu, účele, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Svojim podpisom potvrdzujem súhlas s liečebným pobytom ako aj súhlas s podmienkami a pravidlami liečebného režimu v dennom stacionári, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto súhlasu.

Príloha: Podmienky a pravidlá liečebného režimu v dennom stacionári.

V Bratislave

Podpis rodiča (zák. zástupcu):