

**ŽÁDOST O PROVEDENÍ STERILIZACE
ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ
DLE ZÁKONA Č. 373/2011 Sb., § 12-15**



poskytovatel zdravotních služeb: Nemocnice Český Krumlov, a.s.
Nemocniční 429, Horní Brána, Český Krumlov, PSČ: 381 01
IČO: 260 95 149
rejstříkový soud - Krajský soud v Českých Budějovicích
oddíl B, vložka 1460

zde prosím vlepít štítek pacientky

pacient:

Jméno, rodné číslo, bydliště zákonného zástupce

(pouze v případě osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům):

Jméno, příjmení (pacienta).....rc.....poj.....
Bydliště.....

Obracím se na Vás se žádostí o provedení sterilizace ze zdravotních důvodů.

Indikaci k sterilizaci ze zdravotních důvodů mi stanovil můj ošetřující lékař,

MUDr.

Zdravotním důvodem ke sterilizaci je

Byla jsem poučena o tom, že lhůta mezi podáním informace a udělením souhlasu a vlastním provedením výkonu musí být nejméně 7 dnů.

Chápu poučení o lékařském zákroku a jeho důsledcích, které vyplývají z jeho nevratnosti.

Přečetla jsem si a podepsala Informovaný souhlas s výkonem.

místo podpisu: Český Krumlov, Nemocnice Český Krumlov, a.s., oddělení.

den podpisu:

hodina podpisu:

podpis pacienta:

(zákonného zástupce)

zdravotnický pracovník (ošetřující lékař), který pacientovi poskytl uvedené informace:

.....(jméno, příjmení)(podpis)

zdravotnický pracovník, který byl svědkem poučení lékařem a podpisu pacientky