

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení**

Neštátne zdravotnícke zariadenie

Poskytovateľ:

**SPORTMED s.r.o.**

0902 901 034

IČO 35 870 281, DIČ 2021760499

---

**Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa poskytuje služba**

**Meno, priezvisko jej zákonného zástupcu)**

Ja, dole podpísaný/á čestne prehlasujem svojim podpisom, že pri vyšetrení som nezatajil/a ochorenia alebo ťažkosti, pre ktoré som sa liečil/a, ktoré mi boli diagnostikované, resp. ktoré v súčasnosti mám. Poskytol som všetky údaje o používaných liekoch, podporných prostriedkoch a metódach, tréningovom procese. Zároveň týmto podpisom potvrdzujem, že som bol/a počas dnešného vyšetrenia informovaný/á o dôvodoch vyšetrenia, o dôvodoch, účele, spôsobe a možnostiach poskytovanej starostlivosti, vrátane diagnostických a liečebných postupov, o možných následkoch a možných rizikách spojených s týmto postupom. Bol/a som tiež poučený o možnostiach voľby navrhovaných postupov ako i rizikách odmietnutia navrhovaného postupu. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Takisto súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov pre účely archivácie mojich výsledkov. Súhlasím so spracovaním osobných údajov za účelom vedenia zdravotnej dokumentácie podľa Zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov .

Súhlasím /nesúhlasím s vydaním výsledkov vyšetrení trénerovi.

V Bratislave, dňa .....

---

podpis osoby alebo zákonného zástupcu,  
ktorej sa poskytuje zdrav. starostlivosť