

**Informovaný souhlas pacienta /zákonného zástupce/ s orálním glukózovým
tolerančním testem (OGTT, glykemická křivka)**

Jméno a příjmení pacienta, datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození:

Já níže podepsaný/á tímto prohlašuji, že mě zdravotnický personál srozumitelně informoval o postupu vyšetření způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly ovlivnit výsledky prováděného testu. Informující pracovník mě seznámil s možnými riziky a komplikacemi.

Tímto dávám plný informovaný souhlas s provedením vyšetření, což stvrzuji svým podpisem.

Podpis pacienta/ky/ zákonného zástupce:

Datum, čas:

Prohlašuji, že jsem pacientovi/ zákonnému zástupci osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient / zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas s provedením testu.

Podpis a razítko zdravotnického pracovníka:

Datum, čas: