# C:\Users\Kamila Nouzová\Pictures\AZ_2014_ProfiGyn_Logo – kopie.jpg

**Souhlas zákonných zástupců nezletilé pacientky s léčebně preventivní péčí v ordinaci ProfiGyn, s.r.o.**

Slečna ……………………………………………………………………………………………

rodné číslo……………………………......zdravotní pojišťovna……………………………

bydliště…………………………………………………………………………………………….

je od …………………………………….registrovaná ve výše uvedené ordinaci.

Rozsah předpokládané poskytované zdravotní péče:

Diagnosticko –terapeutický pohovor včetně odběru rodinné a osobní anamnézy.

Gynekologické vyšetření, kolposkopie, odběr cytologického stěru z děložního čípku, odběr kultivace z pochvy, z kanálu děložního čípku, odběr moči na kultivaci, odběr stěru ze sliznice dutiny ústní na genetické vyšetření, vyšetření pánve pohmatem.

Ultrazvukové vyšetření transabdominální (břišní sonda), vaginální.

Odběr žilní krve, aplikace nitrosvalové injekce.

Poradenství při výběru antikoncepční metody, předpis a edukace při zahájení antikoncepce, sledování zdravotního stavu, kontrola krevního tlaku a tělesné hmotnosti.

Převaz a ošetření chirurgické rány, odstranění kožních stehů.

Datum, jméno a podpis zákonného zástupce…………………………………………………………

Podpis pacientky…………………………………………………………………………………………….

Lékař……………………………………………………………..sestra………………………………………