

Jméno a příjmení: _____

nar.: _____

trv. bytem: _____

vztah k pacientovi: zákonný zástupce pacienta*) _____ (specifikace)

osoba blízká pacientovi*) _____ (specifikace)

Prokazatelný nesouhlas s provedením patologicko-anatomické pitvy

Já, níže podepsaný/á vyslovuji tímto ve smyslu § 89 odst. 3 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění,

n e s o u h l a s

s provedením patologicko-anatomické pitvy

pacienta _____,

nar. _____, zemř. _____.

V _____ dne _____

Podpis osoby vyslovující
nesouhlas s provedením pitvy

*) Nehodící se škrtněte.
