

Fakultná nemocnica Trenčín
Urologické oddelenie
Legionárska 28
911 71 Trenčín

Žiadosť o sterilizáciu

Meno a priezvisko..... dátum nar.....

Bytom v ulica..... č.d.....

Okres.....

žiadam o vykonanie sterilizácie na Urologickom oddelení FN Trenčín.

V zmysle §6 a §40 odst. 3 pís. a),b),c),d) a odst. 5 zákona 576/2004 Z.z. som bol poučený o výkone a o podmienkach sterilizácie a to aj o:

- alternatívnych metódach antikoncepcie a plánovaného rodičovstva,
- nožnej zmene životných okolností, ktoré viedli k žiadosti o sterilizáciu,
- medicínskych dôsledkoch sterilizácie ako metóde, ktorej cieľom je nezvratné zabránenie plodnosti,
- možnom zlyhaní sterilizácie,
- sterilizáciu nemožno vykonať skôr ako 30 dní po informovanom súhlase.

V Trenčíne dňa

.....
podpis žiadateľa

.....
lekár/meno

.....
pečiatka a podpis

Urologické oddelenie FN Trenčín konštatuje, že pacient spĺňa podmienky pre vykonanie sterilizácie podľa vyššie uvedeného zákona.

Primár Urologického odd. FN Trenčín /meno, podpis

.....

Sterilizáciu vykonal/meno, podpis dňa