

INFORMOVANÝ SOUHLAS

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Poskytovatel zdravotních služeb: Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Označení zdravotního výkonu nebo služby:

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Prohlašuji, že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Dne

Podpis pacienta:

Podpis zdravotníka, který informace podával:

INFORMOVANÝ SOUHLAS U NEZLETILÉHO

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Poskytovatel zdravotních služeb: Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Jméno, příjmení a bydliště zákonného zástupce:

Označení zdravotního výkonu nebo služby:

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Pacient i jeho zákonný zástupce byli poučeni o svém právu klást otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli.

Pacient i zákonný zástupce prohlašují, že podaným informacím rozumí, nemají žádné otázky ani nejasnosti a vyslovují svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Dne

Podpis zdravotníka, který informace podával:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis nezletilého pacienta:

Poznámka: Podpis nezletilého se vyžaduje, je-li schopen s ohledem na svůj věk vnímat situaci a vyjadřovat se (§ 35 odstavec 1 zákona č. 372/2011 Sb.).

ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB - REVERS

Poskytovatel zdravotní služby: Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách:

Údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta:

Prohlašuji, že shora uvedené informace mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny, těmto informacím jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky a nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Současně prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedené potřebné zdravotní služby odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

Místo, datum a hodina:

Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl (u lékařské péče a lékařských výkonů vždy lékaře):

Tato část se vyplňuje jen pokud pacient odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud pacient odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že pacient odmítl shora uvedené zdravotní služby a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se pacient nemohl podepsat:

Způsob jak pacient projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka:

ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB - REVERS U NEZLETILÉHO PACIENTA

Poskytovatel zdravotní služby: Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Jméno, příjmení a bydliště zákonného zástupce:

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách:

Údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta:

Prohlašuji, že shora uvedené údaje mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny, těmto informacím jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky a nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Současně prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení odmítám vyslovit souhlas s poskytnutím potřebných zdravotních služeb nezletilému, jehož jsem zákonným zástupcem, s plným vědomím možných důsledků pro jeho život a zdraví.

Místo, datum a hodina:

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce:

Stanovisko nezletilého pacienta, je-li s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se:

Podpis nezletilého pacienta (vyžaduje-li se jeho stanovisko):

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl (u lékařské péče a lékařských výkonů vždy lékaře):

Tato část se vyplňuje jen pokud zákonný zástupce odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud zákonný zástupce odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že zákonný zástupce odmítl shora uvedené zdravotní služby, které měly být poskytnuty nezletilému, a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se zákonný zástupce nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se zákonný zástupce nemohl podepsat:

Způsob jak zákonný zástupce projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka: