

Přílohy

Příloha č. 1: Formulář pro vyjádření nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů

Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů
Vyjádření o nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů
pro účely evidence nesouhlasících osob v registru

Formulář bude zpracován elektronicky. Vypíňujte jej, prosím, psacím strojem nebo hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma černou propisovací tužkou. Zaškrtnutí pole zaškrtněte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C Ď Ě Ě F G H I Í J K L M N Ń O P Q R R S Š T Ů Ú V W X Y Z Ž

A: Údaje o osobě nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů

Příjmení (současné)	Jméno	Titul 1)	Rodné číslo
Ulice 3)	Číslo popisné 3)	Číslo orientační 3)	Pohlaví: 1) <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Obec 3)	PSC 3)	Datum narození 1, 2)	
Místo narození 1)	Rodné příjmení 1)		

B1: Rozsah nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů ⁴⁾

Nesouhlasím s posmrtným odběrem všech tkání a orgánů:

Nesouhlasím s posmrtným odběrem těchto orgánů: srdce játra plíce ledviny tenké střevo slinivka břišní

Nesouhlasím s posmrtným odběrem těchto typů tkání: kostní oční srdeční cévní kožní vazy, šlachy, fascie

jiné

Další upřesnění nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů:

B2: Zrušení nesouhlasu ⁵⁾

Ruším nesouhlas s posmrtným odběrem všech tkání a orgánů:

C: Případný zákonný zástupce (opatrovník)

Příjmení (současné)	Jméno	Titul 1)
Vztah zákonného zástupce (opatrovníka) k osobě nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání a orgánů		Zákonný zástupce: <input type="checkbox"/> nezletilé osoby <input type="checkbox"/> osoby zbavené právní způsobilostí ⁶⁾

D: Místo, datum, čas a podpis osoby uvedené v části A případně C

Souhlasím, aby Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy vedlo a zpracovávalo veškeré vyplněné údaje. Souhlasím se sdělováním těchto údajů zdravotnickým zařízením k tomu oprávněným za účelem ověření registrace mé osoby v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje v tomto formuláři jsou pravdivé a úplné.

V

Dne _____ Čas _____

Podpis osoby uvedené v části A případně C

E1: Úřední ověření ⁷⁾

Úřední ověření podpisu osoby nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů, případně zákonného zástupce (opatrovníka):

E2: Stvrzení zápisu pořízeného ve zdravotnickém zařízení: ⁸⁾

Identifikace zdravotnického zařízení

Sídlo zdravotnického zařízení - ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	IC (identifikační číslo)
Obec	PSC		
Ošetřující lékař - příjmení	Jméno	Titul	
1. svědek - příjmení	Jméno	Titul	
2. svědek - příjmení ⁹⁾	Jméno	Titul	

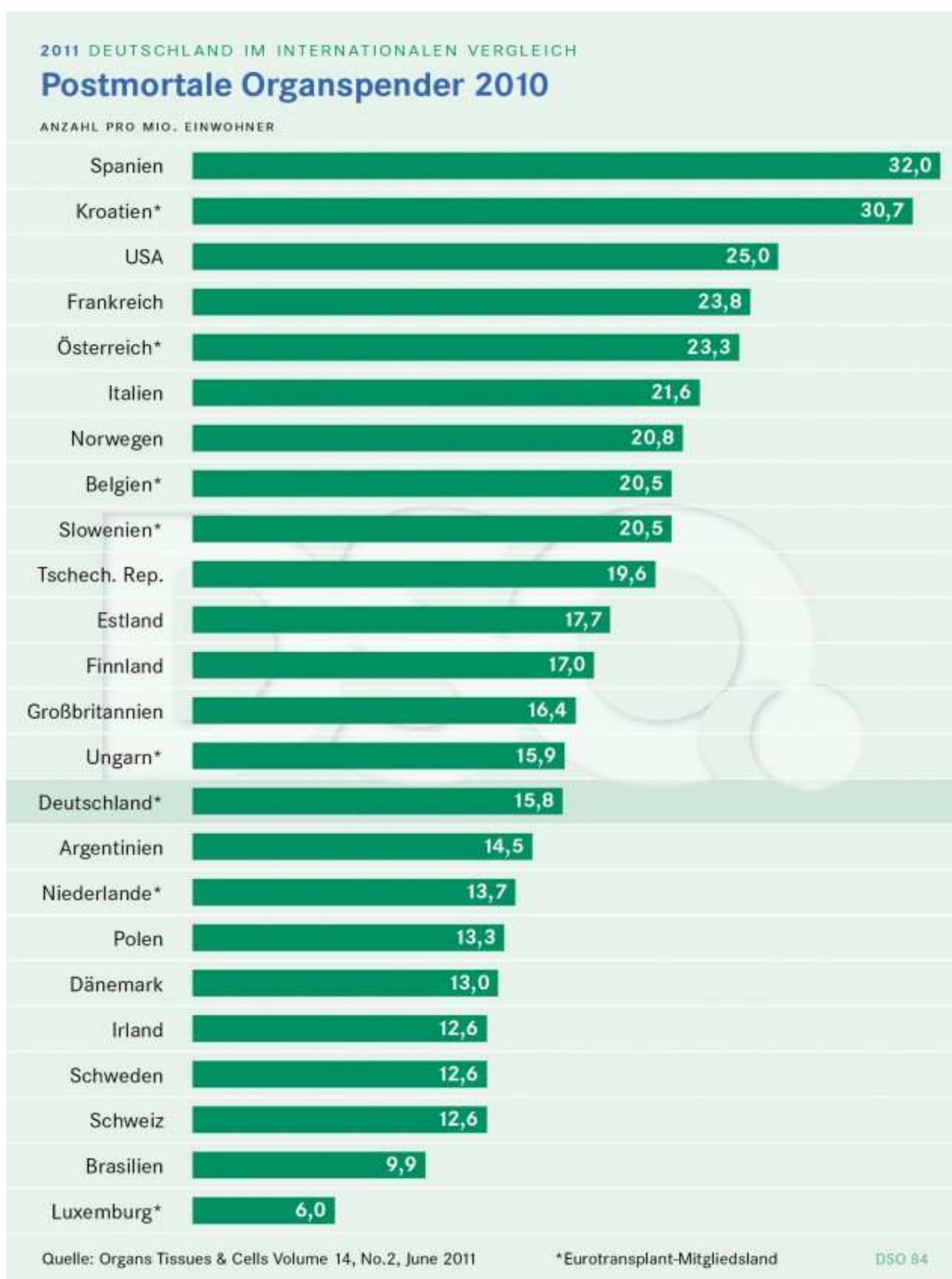
Souhlasím, aby Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy vedlo a zpracovávalo o mě osobě jméno, příjmení a titul.

podpis a razítko ošetřujícího lékaře podpis 1. svědka podpis 2. svědka

1452591759

Zdroj: Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, dostupné z: <http://www.nrod.cz/>

Příloha č.2: Mezinárodní srovnání počtu posmrtných dárců v roce 2010



Zdroj: Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), dostupné z: <http://www.dso.de/medien-und-presse/pressebilder-und-grafiken.html> .