

INFORMOVANÝ SOUHLAS

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů ve zdravotnickém zařízení

Pacient:

Datum narození:

Bydliště:

Pečující lékař: Podpis:

Poskytl pacientovi informace a bude pacienta pravidelně informovat o

- a) možné příčiny a původu nemoci, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- b) účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,
- c) jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- d) další potřebné léčbě,
- e) omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav,
- f) možnosti:

- vzdát se podání informace o zdravotním stavu,
- určit osoby, kterým mají být sděleny informace o zdravotním stavu pacienta a určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené,
- vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu určeným osobám.
- Kdykoli požádat ošetřujícího lékaře o písemné vyhotovení aktuálních informací o zdravotním stavu v rozsahu ad. a) až c). Pokud ošetřujícího nepožádá o písemné vyhotovení informovaného souhlasu, má se za to, že byl informován o aktuálním zdravotní stavu a souhlasí s navrhovanými zdravotními službami či výkony, a to pro každý jednotlivý případ

Stanovisko pacienta

Já, níže podepsaný/podepsaná, ... prohlašuji, že:

1.žádám / nežádám* o písemné vyhotovení poskytnutých informací (a v budoucnu poskytovaných informací) o mém zdravotním stavu;

2.Informace o mém zdravotním stavu mohou být poskytnuty:

(zakroužkujte některou z možností, ev. doplňte)

Otec – matka (*jméno a příjmení*)

Manžel – manželka (*jméno a příjmení*)

Nikomu

Jiné osobě (*jméno a příjmení*)

3.Dále prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. Veškeré mnou vznesené otázky byly zodpovězeny. Poskytnutým informacím rozumím.

Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky ani nejasnosti a vyslovuji svůj svobodný a informovaný souhlas s navrhovanými zdravotními službami a výkony, i s další zdravotní službou, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

Dne:

Podpis pacienta:

* nehodící se škrtněte