

Souhlas pacienta/pacientky s výkonem

Lékař, který provedl poučení (titul, jméno a příjmení):

Pacient:

(Jméno, příjmení, datum narození, číslo pojištěnce, zdravotní pojišťovna)

Název výkonu, včetně uvedení strany, jedná-li se o stranový výkon:

(srozumitelně laicky)

Jedná se o výkon* **operační** **diagnostický** **léčebný**

Máte právo nebýt informován o svém zdravotním stavu:

CHCI/NECHCI znát informace v souvislosti s plánovaným výkonem.

Informace o plánovaném výkonu mají následující povinný obsah:

1. **Důvod** operace nebo výkonu (příčina a původ nemoci – jsou-li známy, její stádium a předpokládaný vývoj, popřípadě odpovídající informace vztahující se k úrazu):
2. **Vysvětlení** výkonu (jeho povahy a účelu), možné vynucené **změny postupu** během plánovaného výkonu a předpokládaný **výsledek/přínos**, včetně dalších navazujících výkonů:
3. Předpokládaný průběh po provedeném výkonu včetně délky pracovní neschopnosti a omezení v činnostech, užívání léků, dietních omezení a další potřebné léčby nebo léčebného režimu:
4. Známé **frekventované** či **závažné komplikace a rizika** navrhovaného výkonu:
5. Možné **alternativy** léčebného postupu s možností volby, (vhodnost, výhody a rizika pro pacienta):
6. Informace o **implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu**, který bude při výkonu zaváděn, nebo byl zaveden v minulosti a navrhovaná zdravotní péče ho může ovlivnit nebo jím může být ovlivněna:

O přijetí navrhovaných zdravotních služeb se můžete svobodně rozhodnout vyjma situací, ve kterých právní předpisy svobodnou volbu vylučují.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem, s jeho možným vývojem, s plánovaným postupem a o dalších možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně rizik či komplikací. Lékař se mnou ovšem těchto skutečnostech osobně hovořil.

Pro případ, že bude nutné mi poskytovat navrhovanou zdravotní péči opakovaně (například v pravidelných cyklech) **DÁVÁM/NEDÁVÁM/NERELEVANTNÍ** souhlas s opakovaným poskytováním navrhované zdravotní péče, a to za podmínky:

- a) že mi bude vždy poskytována výlučně ta zdravotní péče, která je předmětem tohoto informovaného souhlasu, a zároveň

b) že v mezidobí (od posledního poskytnutí zdravotní péče) nedojde k podstatné změně mého zdravotního stavu.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a, vzal/a je na vědomí, že jsem byl/a poučen/a, že se mohu svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb a výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů.

Byl/a jsem srozumitelně poučen/a o možnosti svůj souhlas kdykoli odvolat.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví v situaci, kdy bezprostředně nebudu moci vyjádřit souhlas, souhlasím, aby byly provedeny potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Místo, datum a čas podpisu

Podpis pacienta

Podpis lékaře, který podal náležité vysvětlení

Varianta pro případ, kdy pacient s výkonem souhlasí, ale nemůže se podepsat

Pacient s výše uvedeným souhlasí, ale nemůže ze zdravotních důvodů podepsat písemný souhlas.

Svěddek:

(Jméno, příjmení, není-li svědek zaměstnancem ONN, tak adresa a datum narození)

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil svou vůli, že po poučení souhlasí s navrhovaným postupem léčby.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu:

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:

Podpis svědka