



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Plánovaný výkon:

VYŠETŘENÍ NA CT (VÝPOČETNÍM TOMOGRAFU)

Jméno a příjmení pacienta:..... RČ:

Seznámení provádějící lékař / pověřený radiologický asistent/ sestra

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu, a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno :

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ, možná omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů, možné omezení volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem. Prohlašuji, že jsem byl seznámen se způsobem provedení zvoleného vyšetření, stejně jako s případnými nutnými vedlejšími výkony (nitrožilní aplikace KL).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto provedeny. Souhlasím s nezbytným omezením volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

OTÁZKY, JEJICHŽ ZODPOVĚZENÍ JE NUTNÉ K MINIMALIZACI RIZIK VÝKONU :

Těhotenství:	ANO	VYLUČUJI
Alergie:	ANO	NE
Diabetes:	ANO	NE
Onemocnění ledvin, cév, srdce:	ANO	NE
Zvýšený sklon ke krvácení:	ANO	NE

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi.

Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.

V Rychnově nad Kněžnou dne:..... čas:.....

Podpis :
pacient (zákonný zástupce)

.....
seznámení provádějící lékař/radiologický asistent