

**ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)**

*Vedoucí útvaru:*

JUDr. Alena Tobiášová, MBA

tel.: 532 232 108 , fax: 532 232 293

e-mail: atobias@fnbrno.cz

**FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO**

Jihlavská 20, 625 00 Brno

tel: 532 231 111

##### **Odmítnutí zdravotních služeb**

Jméno a příjmení pacienta: ………………………..………………RČ: ……………………………..……….

Bydliště : ………………………………………………………………………………. kód ZP: ………………

Jméno a příjmení zákonného zástupce ….…………………………………………………..

Klinika / oddělení: ………………………………………………………………………………………………..

Seznámení provádějící lékař: …………………………………………………………………………………..

Zdravotní stav pacienta: ………………………………………………………………………………………...

Plánovaná zdravotní služba: …………………………………………………………………………………

Prohlašuji, že mi byl sdělen a vysvětlen můj zdravotní stav (zdravotní stav pacienta), charakter mého onemocnění (onemocnění pacienta) a  účel a povaha plánovaných zdravotních služeb i možné alternativy léčení, jakož i možné důsledky a rizika těchto služeb i případné komplikace, které mohou během léčení nastat, včetně možných následků odmítnutí potřebných zdravotních služeb a že jsem těmto informacím porozuměl(a). V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta / opatrovník pacienta s omezenou svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji své poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a i přes poskytnuté informace a vysvětlení nesouhlasím s provedením \*navrhovaných zdravotních služeb / nesouhlasím s hospitalizací / trvám na ukončení hospitalizace. Toto své rozhodnutí činím poté, co jsem byl(a) upozorněn(a) na možné důsledky, které jsou s odmítnutím spojeny, zejména:

………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

V Brně dne : ………………………. čas: ………………………

podpis: . ………………………………………. ….…………………………………….

 pacient / zákonný zástupce seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient / zákonný zástupce nemůže nebo odmítá podepsat:

důvod:.........................................................................................................................................

způsob projevu vůle: .......................................................................................................………

svědek: ..................................................................………………………………………………….

Prohlašuji, že pacient / zákonný zástupce odmítá poskytnutí zdravotních služeb.

podpis svědka: ......................................................

4-028/14/3