

Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta: RČ.:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Klinika / oddělení:

Seznámení provádějící lékař:

Plánovaná zdravotní služba:

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

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb,
- zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a zda existuje možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb. 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 mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedené zdravotní služby.**

V Brně dne: čas:

podpisy:

pacient / zákonný zástupce / opatrovník

(jedná-li se o nezletilého pacienta, který dovršil 14 let, připojí podpis zákonný zástupce i pacient)

.....
seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient (zákonný zástupce / opatrovník) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:

Svědék:
jméno a příjmení podpis

Diagnóza včetně určené strany (česky):

--

Zjednodušený verifikační protokol pro nemocné se stranovým výkonem

Plánovaný výkon:	Strana	
	Pravá	Levá
Strana postižení dle ambulantního záznamu		
Strana postižení dle chorobopisu		
Strana postižení podle informovaného souhlasu pacienta		

Pokud nelze získat informovaný souhlas pacienta, proškrtnout obě kolonky (levá i pravá).

Plánovaný výkon:	Strana	
	Pravá	Levá
RDG metody ze dne:		
RDG metody ze dne:		
Jiná použitá dokumentace:		

Písemné odůvodnění a rozhodnutí o straně výkonu v případě, že nedošlo ve všech bodech verifikačního protokolu ke shodě strany, včetně nemožnosti vyjádření pacienta (**nutný podpis protokolu vedoucím lékařem**):

	Podpis vedoucího lékaře:
--	--------------------------

Pokud není shoda ve straně výkonu ve všech bodech verifikačního protokolu, je nutné vyplnit Úplný verifikační protokol !

Datum:	Razítko ošetřujícího nebo k výkonu předvádějícího lékaře:	Podpis:
Datum:	Souhlas pacienta se stranou výkonu:	Podpis:
Datum:	Razítko lékaře provádějícího výkon	Podpis:

Stranu výkonu ošetřující lékař nebo lékař provádějící výkon označí na těle pacienta.

Příloha k informovanému souhlasu obsahuje:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb
- alternativa navrhovaných zdravotních služeb, možnost zvolit si jednu z alternativ
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb
- poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek – podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvl. právního předpisu: údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.