

**KLINIKA CHOROB
KOŽNÍCH A POHLAVNÍCH**

verze č. 4, str. 1/2

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s odběrem krve na HIV**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu
Odběr krve na HIV
Souhlas:
pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Prohlašuji, že jsem byl/a/ dne ústně poučen/a/ o nebezpečí pohlavní nemoci, pro kterou jsem vyšetřován/a/ a léčen/a/.	ANO	NE
Byl jsem informován o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

Souhlasím s odběrem krve na HIV.	ANO	NE
Lékařům jsem nezamlčel/a/ žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
Budu dodržovat zákaz pohlavního styku po dobu určenou ošetřujícím lékařem. Jinak se vystavuji nebezpečí trestního stíhání pro ohrožení druhé osoby dle Trestního zákona §189 a 190, a Zákona č. 86/1992Sb. §75 odstavec 8.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina