

Prohlášení o odmítnutí výkonu pacientkou/pacientem (revers)

Pacientk(a) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacientky/pacienta: (případně jiná adresa)	

Údaj o potřebném zdravotním výkonu

☐ odběr choriových klků ☐ odběr plodové vody ☐ kordocentéza

Následky odmítnutí potřebného zdravotního výkonu

☐ nemožnost provedení indikovaného laboratorního vyšetření biologického materiálu plodu
☐ jiné:

Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte

Prohlášení pacienta

Lékař mě náležitě poučil o mém zdravotním stavu, potřebných výkonech a informoval mě o tom, že v rámci poskytování zdravotní péče je žádoucí, abych se těmto konkrétně uvedeným výkonům či léčbě podrobil(a).	ANO	NE
Lékař mi náležitě vysvětlil následky odmítnutí potřebné zdravotní péče nebo potřebného výkonu pro můj další život, zdraví a zdravotní stav a upozornil mne na možné následky.	ANO	NE
Bylo mi umožněno, abych lékaři kladl(a) doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a).	ANO	NE

Odmítnutí zdravotního výkonu/ vyšetření pacientkou/pacientem:

Po výše uvedeném seznámení s mým zdravotním stavem a poučení prohlašuji, že jsem všem údajům rozuměl(a) a s vědomím všech nepříznivých důsledků i nadále o d m í t á m potřebný zdravotní výkon nebo laboratorní vyšetření.

Datum:	Hodina	Podpis pacientky

Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře(řky), který(á) podal(a) 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