

**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 k testování na HIV protilátky

Souhlas:

Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte

Prohlašuji, že jsem byl(a) před provedením testování na HIV protilátky informován(a) o nebezpečí pohlavní nemoci, pro kterou jsem vyšetřován(a) a nebo léčen(a).	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, která mi byla lékařem sdělena a vysvětlena, 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 k testování na HIV protilátky.	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

Beru na vědomí a svým podpisem stvrzuji, že v případě pozitivního testu na HIV protilátky jsem povinen(na) se k výzvě ošetřujícího lékaře neprodleně dostavit do zdravotnického zařízení za účelem dojednání dalšího postupu.

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno 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