

**2. Poučení lékaře o důsledcích rozhodnutí o nezahájení zdravotních výkonů podle bodu 1:**

1. Jsem si vědom(a) toho, že „dříve vyslovené přání“ není třeba při poskytování zdravotních služeb mé osobě respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že bych nyní již vyslovil(a) souhlas s jejich poskytnutím.
2. Jsem si vědom(a), že lékař nesmí respektovat mé přání pokud:
  - a) nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem by bylo aktivní způsobení smrti (nelze požadovat takový postup při poskytování zdravotních služeb, který by vedl k aktivnímu ukončení života zdravotnickým pracovníkem),
  - b) by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby (předmětem dříve vysloveného přání nemůže být např. zákaz léčení infekčního onemocnění),
  - c) byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici mé dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti,
  - d) jsem v době jeho vyhotovení nebyl(a) zletilý(á).
3. Dříve vyslovené přání platí od... (datum podpisu) do..... \*

*\* v případě, že pacient neurčí platnost „dříve vysloveného přání“ je prohlášení platné po dobu neurčitou, avšak za podmínek shora uvedených.*

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.

**Přes uvedená poučení trvám na svém přání a prohlašuji, že tak činím zcela svobodně se vší vážností a při plném vědomí**

| Datum: | Hodina | Podpis pacienta |
|--------|--------|-----------------|
|        |        |                 |

Podpis pacienta musí být úředně ověřený. V případě podpisu během hospitalizace není nutné úřední ověření, poučení musí být však přítomen svědek, který toto poučení musí podepsat.

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

| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum: | Hodina |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|--------|
|                                                   |                                         |        |        |