

Prohlášení pacienta, který vyslovil DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

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

Fakultní nemocnice Olomouc od Vás obdržela dokument Dříve vyslovené přání, k němuž sděluje, že bude brát zřetel na toto dříve vyslovené přání.

Beru na vědomí, že Fakultní nemocnice Olomouc není pracovištěm bezkrevní medicíny a v indikovaných případech mi mohou být podány krevní deriváty.

Jsem si vědom(a), že lékař má právo uplatnit výhradu svědomí.

Jsem si vědom(a), že lékař nemusí respektovat mé přání, 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 souhlas s jejich poskytnutím.

Jsem si vědom(a), že lékař nemusí respektovat mé přání, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby.

Jsem si vědom(a), že lékař nemusí respektovat mé přání, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti.

Jsem si vědom(a), že přání nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dokument Dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

Datum	Hodina	Podpis pacienta

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

Jméno, příjmení a rodné číslo svědka, přítomného u vysloveného přání	Podpis svědka, přítomného u vysloveného přání	Datum	Hodina

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