

### Prohlášení o odmítnutí výkonu pacientem (revers)

☐ operace    ☐ anestézie    ☐ transfuze    ☐ diagnostický výkon    ☐ léčebný výkon

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

#### Údaj o zdravotním stavu pacienta

#### Údaj o potřebném zdravotním výkonu

#### Následky odmítnutí potřebného zdravotního výkonu pro zdraví pacienta

#### Prohlášení pacienta

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o mém zdravotním stavu, o povaze onemocnění a o předpokládaném vývoji mého onemocnění.

Lékař mi náležitě vysvětlil následky odmítnutí potřebné zdravotní péče nebo potřebného výkonu pro můj další život, zdraví a zdravotní stav a upozornil mne na tyto možné následky odmítnutí.

Bylo mi umožněno, abych lékaři kladl(a) doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a).

#### **Odmítnutí zdravotního výkonu pacientem:**

**Po výše uvedeném seznámení s mým zdravotním stavem a podaných informacích prohlašuji, že jsem všem údajům rozuměl(a) a s vědomím všech nepříznivých důsledků, včetně rizika ohrožení mého zdraví, případně mého života, o d m í t á m potřebný zdravotní výkon**

#### Upozornění pro pacienta.

*Pokud je neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví pacienta, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu (podle zákona 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách).*

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

| Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci | Razítko zdravotnického pracoviště |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
|                                                |                                      |                                   |

|                                                                                               |                                                |              |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|---------------|
| <b>Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:</b> |                                                |              |               |
|                                                                                               |                                                |              |               |
| <b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>                                                        |                                                |              |               |
|                                                                                               |                                                |              |               |
| <b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>                                      | <b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b> | <b>Datum</b> | <b>Hodina</b> |
|                                                                                               |                                                |              |               |