

Prohlášení o odmítnutí výkonu zákonným zástupcem pacienta (revers)

operace anestézie transfuze diagnostický výkon léčebný výkon

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

Údaj o zdravotním stavu pacienta

Údaj o potřebném zdravotním výkonu

Následky odmítnutí potřebného zdravotního výkonu zákonným zástupcem pro zdraví pacienta

Prohlášení zákonného zástupce pacienta:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o zdravotním stavu, o povaze onemocnění a o předpokládaném vývoji onemocnění osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).
Lékař mi náležitě vysvětlil následky odmítnutí potřebné zdravotní péče nebo potřebného výkonu pro další život, zdraví a zdravotní stav osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) 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 zákonným zástupcem pacienta:

Po výše uvedeném seznámení se zdravotním stavem osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) a podaných informacích prohlašuji, že jsem všem údajům rozuměl(a) a s vědomím všech nepříznivých důsledků, včetně rizika ohrožení zdraví, případně života osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), <u>odmítám</u> potřebný zdravotní výkon.
--

Upozornění pro zákonného zástupce 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 zákonného zástupce nebo opatrovníka

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