

Prohlášení o odmítnutí hospitalizace pacientem (revers)

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

Údaj o zdravotním stavu pacienta**Údaj o důvodu hospitalizace****Následky odmítnutí hospitalizace 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 hospitalizace 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 hospitalizace pacientem:

Po výše uvedeném seznámení s mým zdravotním stavem, nutností hospitalizace 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 á m hospitalizaci.

Datum	Hodina	Podpis pacienta

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

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