

Prohlášení o odmítnutí hospitalizace zákonným zástupcem pacienta (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)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Údaj o zdravotním stavu pacienta

Údaj o důvodu hospitalizace

Následky odmítnutí hospitalizace 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, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).

Lékař mi náležitě vysvětlil následky odmítnutí potřebné hospitalizace pro další život, zdraví a zdravotní stav osoby, již 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 hospitalizace zákonným zástupcem pacienta:

Po výše uvedeném seznámení se zdravotním stavem osoby, již 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, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), **odmítám jeho hospitalizaci.**

Datum	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

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