

Vyjádření o nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů  
pro účely evidence nesouhlasících osob v registru

Formulář bude zpracováván elektronicky. Vypĺiňte jej, prosím, psacím strojem nebo hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma černou propisovací tužkou. Zaškrtnávací pole zaškrtněte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č D Ď É Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q R Ř S Š Ť Ú Ů V W X Y Z Ž

## A: Údaje o osobě nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů

|                     |                   |                     |                                                                        |
|---------------------|-------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Příjmení (současné) | Jméno             | Titul 1)            | Rodné číslo                                                            |
|                     |                   |                     | /                                                                      |
| Ulice 3)            | Číslo popisné 3)  | Číslo orientační 3) | Pohlaví: 1) <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena |
| Obec 3)             | PSC 3)            | Datum narození 2)   |                                                                        |
| Místo narození 1)   | Rodné příjmení 1) |                     |                                                                        |

B1: Rozsah nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů <sup>4)</sup>Nesouhlasím s posmrtným odběrem všech tkání a orgánů: ☐Nesouhlasím s posmrtným odběrem těchto orgánů: srdce ☐ játra ☐ plíce ☐ ledviny ☐ tenké střevo ☐ slinivka břišní ☐Nesouhlasím s posmrtným odběrem těchto typů tkání: kostní ☐ oční ☐ srdeční ☐ cévní ☐ kožní ☐ vazy, šlachy, fascie ☐jiné ☐

Další upřesnění nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů:

B2: Zrušení nesouhlasu <sup>5)</sup>Ruším nesouhlas s posmrtným odběrem všech tkání a orgánů: ☐C: Případný zákonný zástupce (opatrovník) <sup>6)</sup>

|                                                                                                |       |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Příjmení (současné)                                                                            | Jméno | Titul 1)                                                                                                                            |
|                                                                                                |       |                                                                                                                                     |
| Vztah zákonného zástupce (opatrovníka) k osobě nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání a orgánů |       | Zákonný zástupce: <input type="checkbox"/> nezletilé osoby <input type="checkbox"/> osoby zbavené právní způsobilosti <sup>6)</sup> |

## D: Místo, datum, čas a podpis osoby uvedené v části A případně C

Souhlasím, aby Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy vedlo a zpracovávalo veškeré vyplněné údaje. Souhlasím se sdělováním těchto údajů zdravotnickým zařízením k tomu oprávněným za účelem ověření registrace mé osoby v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje v tomto formuláři jsou pravdivé a úplné.

v

Dne

Čas

Podpis osoby uvedené v části A případně C

E1: Úřední ověření <sup>7)</sup>

Úřední ověření podpisu osoby nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů, případně zákonného zástupce (opatrovníka):

E2: Stvrzení zápisu pořízeného ve zdravotnickém zařízení: <sup>8)</sup>

|                                                                                                                                            |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Identifikace zdravotnického zařízení                                                                                                       | IČ (identifikační číslo) |
| Sídlo zdravotnického zařízení - ulice                                                                                                      | Číslo popisné            |
| Obec                                                                                                                                       | Číslo orientační         |
|                                                                                                                                            | PSC                      |
| Ošetřující lékař - příjmení                                                                                                                | Jméno                    |
| 1. svědek - příjmení                                                                                                                       | Jméno                    |
| 2. svědek - příjmení <sup>9)</sup>                                                                                                         | Jméno                    |
| Souhlasím, aby Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy vedlo a zpracovávalo o mé osobě jméno, příjmení a titul. |                          |
| podpis a razítko ošetřujícího lékaře                                                                                                       | podpis 1. svědka         |
|                                                                                                                                            | podpis 2. svědka         |

Dne

Čas

6544344987

### **Pokyny pro vyplňování formuláře:**

Tento formulář slouží pro vyjádření nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů pro potřebu registrace v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů [§ 11 odst. 1 písm. a), §18 a §21 odst. 1 písm. d) zákona č. 285/2002 Sb., o darování a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)].

Změnu již zaevidovaných údajů v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů lze provést zasláním nového vyjádření o nesouhlasu. Dosud evidované údaje budou zneplatněny a nahrazeny údaji z tohoto nového vyjádření o nesouhlasu.

#### **Poznámky:**

- 1) Vyplnění této položky není vyžadováno zákonem, ale vzhledem k existujícím duplicitám povinných identifikačních údajů ji doporučujeme vyplnit.
- 2) Závazně se vyplňuje v případě, není-li přiděleno rodné číslo.
- 3) Na tuto adresu Vám bude zaslána informace o zaevidování do registru.
- 4) Vaši vůli vyjádříte zaškrtnutím do okénka (ve tvaru x). Do pole pro text lze požadavek slovně upřesnit.
- 5) Touto volbou se ruší dříve vyslovený nesouhlas s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů. V případě vyplnění částí B2 a současně B1 nebudou údaje uvedené na formuláři zpracovány. Takto vyplněný formulář bude zaslán zpět k nápravě.
- 6) Osobou zbavenou právní způsobilosti se rozumí osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osoba zbavená způsobilostí k právním úkonům v plném rozsahu.
- 7) Část E1 se vyplňuje v případě, kdy je zápis pořízen osobou nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání a orgánů mimo zdravotnické zařízení. Pakliže je zápis úředně ověřen v části E1, není třeba vyplňovat část E2 formuláře.
- 8) Část E2 se vyplňuje v případě, kdy osoba nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání a orgánů vyslovila tento nesouhlas ve zdravotnickém zařízení. Pokud se vyplňuje část E2, není třeba vyplňovat část E1 formuláře [§ 16 odst. 1 písm. a) a odst.2 transplantačního zákona].
- 9) Podpis druhého svědka se vyžaduje v případě, že pacient není s ohledem na svůj zdravotní stav schopen se sám podepsat.

#### **Místo doručení:**

Náležitě vyplněný formulář se doručuje na adresu zpracovatele Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů:

**Koordináční středisko pro resortní zdravotnické informační systémy**  
**Vídeňská 1958/9**  
**140 21 Praha 4**