

ODBORNÁ AMBULANCE,  
Olomoucká 648/29,  
618 00, BRNO 18 - ČERNOVICE  
IČO 01607111

### **Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče**

Jméno a příjmení pacienta :  
Rodné číslo i kód ZP  
Bytem :  
Informace podávající lékař:

Potvrzuji, že jsem byl dnešního dne shora uvedeným lékařem podrobně informován, bylo mi podáno vysvětlení a poskytnuty veškeré údaje o :

- příčině a původu nemoci, jejím stadiu a předpokládaném vývoji účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta
- ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a způsobu jejich úhrady
- další potřebné léčbě
- o možných omezeních v obvyklém způsobu života a doporučeních s ohledem na zdravotní stav možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu a možnosti určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu a v jakém rozsahu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu
- možnosti nahlížet do své zdravotnické dokumentace, pořizovat si její výpisy nebo kopie, a možnosti určit osoby, které mohou nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a pořizovat si její opisy nebo výpisy z ní, výpisy a kopie je možno pořizovat za úhradu dle Ceníku zdravotnických služeb
- možnosti určit osobu nebo osoby, které mají právo vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb mé osobě v případě, že toto nebudu moci učinit sám
- možnosti odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a možnosti zakázat těmto osobám nahlížení do zdravotnické dokumentace.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí.

Poté, co jsem měl možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, a že rozhovor s lékařem proběhl po dostatečně dlouhou dobu, proto považuji mé poučení za dostačující. Na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací

**výslovně souhlasím s provedením všech potřebných plánovaných zdravotních výkonů.**

Podrobný popis zdravotního výkonu je (není) přílohou tohoto formuláře. Pro případ výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení zákroků nutných k záchraně života, souhlasím s jejich provedením.

Byl jsem poučen o tom, že tento souhlas mohu kdykoli zcela nebo částečně odvolat, a to bez následků pro svoji osobu.

V případě, že jsem **zákonný zástupce** pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty mně a v přiměřeném rozsahu a formě též tomuto pacientovi. Současně tímto **dávám souhlas k provedení všech potřebných plánovaných zdravotních výkonů.**

V BRNO 18-ČERNOVICE

podpis lékaře + razítko

Podpis pacienta:

Zákonný zástupce: *Jméno, příjmení, datum narození*)

Podpis zákonného zástupce:

**Prohlášení svědka v případě, že se pacient nemůže podepsat.**

*(Jméno, příjmení pracovní zařazení zdravotnického pracovníka)*

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že souhlasí se shora uvedeným poučením a poskytnuté informace považuje za dostačující. Pacient se nemůže podepsat proto, že

Pacient potvrdil svůj souhlas tak (tím), že

V BRNO 18 – ČERNOVICE

Podpis svědka: