

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Stomatochirurgie

Souhlas pacienta s prováděním vyšetřovacích a léčebných výkonů vyžádaný zejména podle §23 odst. 2 zákona č.20/1966 Sb. "o péči a zdraví lidu" v platném znění a vyhl. MZ č. 385/2006 Sb. "o zdravotnické dokumentaci"

Prohlašuji, že jsem byl dnešního dne lékařem poučen, bylo mi podáno vysvětlení a byly mi poskytnuty veškeré údaje :

- o povaze mého onemocnění a jeho předpokládaném vývoji (prognóze)
- o plánovaných postupech při léčbě, včetně jejich alternativ a hodnocení těchto jednotlivých možných postupů
- o účelu zdravotního výkonu a o tom, jak bude příslušný výkon probíhat
- o možných rizicích a důsledcích léčby a jednotlivých zdravotních výkonů
- o předpokládaném prospěchu léčby o jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro můj zdravotní stav
- o možném omezení v obvyklém způsobu života a případné pracovní neschopnosti po provedení příslušného výkonu, pokud lze takové omezení předpokládat
- o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonech a v případě změny zdravotního stavu údaje o změnách zdravotní způsobilosti
- o právu pacienta svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud to není vyloučeno zvláštním právním předpisem

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl a uvádím, že uvedená konzultace s lékařem proběhla po dostatečnou dobu.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením všech potřebných plánovaných zdravotních výkonů.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím se změnami plánované léčebné terapie a korekcí plánovaných výkonů tak, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Hořovicích, dne

Podpis lékaře

Svědek

Vlastnoruční podpis pacienta