

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

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte 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 Ń 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 1, 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)**

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 způsobilostí <sup>6)</sup>

<b>D: Místo, datum, čas a podpis osoby uvedené v části A případně C</b>	<b>E1: Úřední ověření<sup>7)</sup></b>
<p>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.</p> <p>v</p> <p>Dne _____ Čas _____</p> <p>Podpis osoby uvedené v části A případně C</p>	<p>Úřední ověření podpisu osoby nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů, případně zákonného zástupce (opatrovníka):</p>

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

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

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

Tento formulář slouží pro vyjádření o nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů pro potřebu registrace v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů [§ 11odst. 1 písm. a), §18 a §21 odst. 1 písm. d) zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech 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**  
**Šrobárova 48**  
**Praha 10, 100 42**