

PÍSEMNÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S TRANSFUZÍ

Jméno a příjmení pacienta: RČ.:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce / opatrovníka¹

Klinika / oddělení:

Seznámení provádějící zdravotnický pracovník:

Prohlašuji, že:

1. jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o provedení transfuze krve (podání transfuzních přípravků) a informacím, uvedených na straně 2 tohoto písemného souhlasu, jsem porozuměl/a,
2. zdravotnický pracovník, který mi poskytl informace a poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného souhlasu,
3. jsem měl/a možnost klást doplňující otázky na které mi bylo odpovězeno
4. jsem plně porozuměl/a výše uvedeným informacím a souhlasím s podáním transfuzních přípravků
5. **souhlasím s** (označte ☒):
 - ☐ podáváním transfuzních přípravků během hospitalizace
 - ☐ opakovaným podáváním transfuzních přípravků během ambulantní léčby mého onemocnění

V Brně dne:

podpis:
pacient (zákonný zástupce / opatrovník).....
zdravotnický pracovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce / opatrovník) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Svědék:
jméno a příjmení.....
podpis¹ za nezletilého pacienta činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce, za pacienta omezeného ve svéprávnosti opatrovník