

Odmítnutí zdravotních služeb

Jméno a příjmení pacienta: RČ:

Bydliště : kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Klinika / oddělení:

Seznámení provádějící lékař:

Zdravotní stav pacienta:

Plánovaná zdravotní služba:

Prohlašuji, že mi byl sdělen a vysvětlen můj zdravotní stav (zdravotní stav pacienta), charakter mého onemocnění (onemocnění pacienta) a účel a povaha plánovaných zdravotních služeb i možné alternativy léčení, jakož i možné důsledky a rizika těchto služeb i případné komplikace, které mohou během léčení nastat, včetně možných následků odmítnutí potřebných zdravotních služeb a že jsem těmto informacím porozuměl(a). V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta / opatrovník pacienta s omezenou svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Poté, co jsem měl(a) 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), považuji své poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a i přes poskytnuté informace a vysvětlení nesouhlasím s provedením *navrhovaných zdravotních služeb / nesouhlasím s hospitalizací / trvám na ukončení hospitalizace. Toto své rozhodnutí činím poté, co jsem byl(a) upozorněn(a) na možné důsledky, které jsou s odmítnutím spojeny, zejména:

.....
.....

V Brně dne : čas:

podpis:
pacient / zákonný zástupce.....
seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient / zákonný zástupce nemůže nebo odmítá podepsat:

důvod:.....

způsob projevu vůle:

svědek:

Prohlašuji, že pacient / zákonný zástupce odmítá poskytnutí zdravotních služeb.

podpis svědka: