



# INFORMOVANÉ SOUHLASY

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGII – CVIČENÍ

PODZIM 2020

PAVEL KŮŘIL

### Souhlas s hospitalizací

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....  
Bydliště: ..... kód ZP: .....  
Jméno a příjmení zákonného zástupce / opatrovníka<sup>1</sup> .....  
Klinika / oddělení: .....  
Seznámení provádějící zdravotnický pracovník: .....  
Důvod hospitalizace: .....

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s důvodem hospitalizace a že s hospitalizací souhlasím.

**Současně prohlašuji**, že jsem byl(a) seznámen(a) s organizačně provozními podmínkami hospitalizace stanovenými domácím řádem a ostatními předpisy FN Brno a zavazuji se je dodržovat, zejména:

- při ukládání osobních věcí se budu řídit výslovnými pokyny příjímajícího zdravotnického pracovníka;
- peníze a jiné cenné věci (např. šperky, mobilní telefon, věci zvláštní oblíbenosti apod.) omezím jen na nejnižší minimum. Peníze nad 500,- Kč a ostatní cenné věci mám předat prostřednictvím příjímajícího zdravotnického pracovníka proti potvrzení do úschovy s tím, že pokud nebudou předány, FN Brno za ně neodpovídá;
- budu dodržovat přísný zákaz vnášení zbraní;
- budu dodržovat zákaz kouření.

**Dále jsem byl(a) informován(a):**

- o možnosti získat za úplatu po skončení hospitalizace „Hospitalizační účet pacienta“. O vystavení tohoto účtu za úplatu mohou požádat prostřednictvím ošetřujícího personálu. Po vyplnění formuláře, Žádost o hospitalizační účet<sup>1</sup> obdržím tento doklad v termínu do dvou měsíců poštou na adresu bydliště;
- o možnosti vyplnit Dotazník spokojenosti. Tento dotazník je k dispozici na požádání u ošetřujícího personálu nebo v elektronické podobě na webových stránkách FN Brno. Po vyplnění dotazník vhodte do označené schránky;
- v případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta, jsem byl informován o základní škole a mateřské škole, které působí při FN Brno a umožňuje mému dítěti výuku v základních předmětech v návaznosti na učivo probírané v daném ročníku školy po dobu jeho hospitalizace.

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 ..... podpis

<sup>1</sup> za nezletilého pacienta činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce, za pacienta omezeného ve svéprávnosti opatrovník

# SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

- PŘI PŘÍJMU SEZNAMUJE PACIENTA SESTRA (DLE PRACOVIŠTĚ)
- NECHAT PACIENTA PŘEČÍST
  - SEZNÁMENÍ S ORGANIZAČNĚ-PROVOZNÍMI PODMÍNKAMI + DOMÁCÍM ŘÁDEM
  - ULOŽENÍ OSOBNÍCH VĚCÍ
  - ÚSCHOVA CENNOSTÍ + PENÍZE (POKLADNA / TREZOR)
  - ZÁKAZ VNÁŠENÍ ZBRANÍ
  - DODRŽOVÁNÍ ZÁKAZU KOUŘENÍ + UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK
  - INFORMACE O VÝUKOVÉM PRACOVIŠTI (STUDENTI)

# INFORMOVANÝ SOUHLAS



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Jihlavská 20, 602 00 Brno  
tel: 532 231 111

IČO: 652 697 05, DIČ: CZ65269705  
Bankovní spojení: 712346210100  
Nositel certifikátu ISO 9001:2008, 14001:2004,  
akreditace NIAHO  
www.fnbrno.cz

## Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Klinika / oddělení: .....

Seznámení provádějící lékař: .....

Plánovaná zdravotní služba: .....

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb,
- zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a zda existuje možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb. Poté, co jsem měl(a) možnost kladt 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 mě poučen(a) a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedené zdravotní služby.**

V Brně dne: ..... čas: .....

podpis: .....  
pacient / zákonný zástupce / opatrovník  
(jedná-li se o nezletilého pacienta, který dovršil 14 let, připojí podpis zákonný zástupce i pacient)

seznámení provádějící lékař

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

důvod: .....

způsob projevu souhlasu: .....

Svědék: .....

jméno a příjmení

podpis

Diagnóza včetně určené strany (česky):

### Zjednodušený verifikační protokol pro nemocné se stranovým výkonem

Plánovaný výkon:	Strana	
	Pravá	Levá
Strana postižení dle ambulantního záznamu		
Strana postižení dle chorobopisu		
Strana postižení podle informovaného souhlasu pacienta		

Pokud nelze získat informovaný souhlas pacienta, proškrtnout obě kolony (levá i pravá).

Plánovaný výkon:	Strana	
	Pravá	Levá
RDG metody ze dne:		
RDG metody ze dne:		
Jiná použitá dokumentace:		

Pisemné odůvodnění a rozhodnutí o straně výkonu v případě, že nedošlo ve všech bodech verifikačního protokolu ke shodě strany, včetně nemožnosti vyjádření pacienta (nutný podpis protokolu vedoucím lékařem):

	Podpis vedoucího lékaře:
--	--------------------------

Pokud není shoda ve straně výkonu ve všech bodech verifikačního protokolu, je nutné vyplnit Úplný verifikační protokol I

Datum:	Razítko ošetřujícího nebo k výkonu předvádějícího lékaře:	Podpis:
Datum:	Souhlas pacienta se stranou výkonu:	Podpis:
Datum:	Razítko lékaře provádějícího výkon	Podpis:

Stranu výkonu ošetřující lékař nebo lékař provádějící výkon označí na těle pacienta.

### Příloha k informovanému souhlasu obsahuje:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb
- alternativa navrhovaných zdravotních služeb, možnost zvolit si jednu z alternativ
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb
- poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek – podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvl. právního předpisu: údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředků by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

- LÉKAŘSKÝ (SESTRA NENÍ KOMPETENTNÍ PODEPISOVAT SOUHLAS)
- STRANOVÝ PROTOKOL (RIZIKO ZÁMĚNY PÁROVÉHO ORGÁNU PŘI OPERACI)



# INFORMOVANÝ SOUHLAS - KARIM

- INFORMOVANÝ SOUHLAS + PŘÍLOHY
- SPECIFICKÉ INFORMACE PRO PACIENTY

## Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta: ..... RC: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce\* ..... **KARIM** .....

Seznámení provádějící lékař: .....

Plánovaný výkon: ..... **anestézie** .....

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládány prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům 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 podanými informacemi a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mě poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.

V Brně dne: ..... čas: .....

podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce) ..... seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:  
důvod: .....

způsob projevu souhlasu: .....

Svědék: .....  
jméno a příjmení ..... podpis

## Příloha k informovanému souhlasu Základní informace před výkonem v anestézii

Připravujete se k lékařskému výkonu, který bude proveden v anestézii, za použití některého z níže popsaných postupů, které zajišťují vyloučení vnímání bolesti, zabraňují rozvoji stresu a nechtěných reakcí organismu, které by znesnadnily provést daný výkon nebo by Vás mohly ohrozit na zdraví či životě.

Před výkonem v anestézii musíte podstoupit důkladné předoperační interní vyšetření včetně laboratorních krevních testů. Anesteziolog (lékař se specializací v tomto oboru) prostuduje a zhodnotí všechna vyšetření a všechny dostupné informace o Vašem zdravotním stavu (prosím poskytněte nám všechny informace o Vašem zdravotním stavu před výkonem v anestézii). Určí míru rizika a vyhodnotí, který typ anestézie je pro bezpečné provedení Vaší operace nejvhodnější. Současně rozhodne o Vaší premedikaci. Jde o podání léků před lékařským výkonem (většinou ve formě tablet nebo injekce), které vedou ke zklidnění, působí proti bolesti a usnadní úvod do anestézie.

Volba typu anestézie závisí na rozsahu lékařského výkonu, Vašem zdravotním stavu, požadavcích operátora a také na Vás. Budou-li Vaše přání ohledně anestézie reálná, určité k nim anesteziolog přihlídně. Platí zásada, že vždy je zvolen takový způsob anestézie, který je pro pacienta nejvíce bezpečný.

**Celková anestézie – narkóza** je umělé navozená ztráta vědomí. Současné jsou farmakologicky vyřazeny počty bolesti. Při některých operacích je vyřazeno samovolné dýchání a do dýchacích cest je zavedena speciální rourka (výkon se označuje jako intubace). Tato rourka je napojena na dýchací přístroj, který po dobu operace zajišťuje umělé dýchání. Úvod do celkové anestézie a celý její průběh je umožněn léky podávanými do žíly nebo vdechováním anesteziologických plynů. V průběhu celého výkonu budou vaše základní životní funkce sledovány anesteziologickým týmem a moderní monitorovací technikou.

**Místní anestézie** – jde o skupinu technik, které po určité době vyřadí vnímání bolesti v různých částech těla. Provádí se tak, že do okolí nervu nebo nervové pleteně se jehlou a stříkačkou podají léky (lokální anestetika, analgetika), které dočasně zablokují převod bolestivých nervových vzruchů. Mezi nejčastěji používané techniky místní anestézie patří subarachnoidální a epidurální anestézie. Lokální anestetikum se podává speciálními jehlami do prostoru páteřního kanálu. Tyto anesteziologické techniky jsou vhodné především u operací výkonů na dolní polovině těla. U některých typů výkonů na horní nebo dolní končetině je možné provádět periferní blokády, které přeruší vedení vzruchů z operované končetiny. V průběhu místní anestézie je pacient při vědomí, nebo - je-li to pro něj končeno. V průběhu místní anestézie je vhodné obě techniky (celkovou a místní anestézi) kombinovat. Techniky místní anestézie je potom možné využít pro tlumení bolesti v pooperačním období.

Některé typy operačních výkonů jsou spojeny s krvní ztrátou. Máte-li nachystanou autotransfuzi bude Vám v průběhu operačního výkonu nebo v krátkém časovém intervalu po něm podána. V případě větších nebo neočekávaných krevních ztrát bude situace vyřešena podáním náhradních roztoků, transfúzních přípravků či krevních derivátů.

**Analgesedace** (= monitorovaná anesteziologická péče) je stav sníženého vnímání bolesti a útlumu vědomí, ze kterého je pacient probuditelný silným podnětem. Nejčastěji se užívá v nepřijemných vyšetřovacích metod.

**Rizika anestézie**  
Neexistuje žádný způsob anestézie bez rizika. Ohnad rizika vychází z hodnocení Vašeho celkového zdravotního stavu, zhoršení zátěže Vašeho organismu operačním zákrokem a z hodnocení záležitosti Vašeho organismu anestézií.  
K nejčastějším komplikacím celkové anestézie patří:

- nevolnost a zvracení (až 10% celkových anestézií),
- škrábání a dočasná bolest v krku (do 10% celkových anestézií),
- pokles krevního tlaku (3% celkových anestézií),
- poruchy srdečního rytmu (1% celkových anestézií),
- zvýšení krevního tlaku (1% celkových anestézií),
- srdeční infarkt (méně než 1% celkových anestézií),
- poškození chrupu (méně než 1% celkových anestézií),
- smrt v průběhu anestézie (0,009% celkových anestézií),
- poškození stavu bezprostředního ohrožení života například při těžkých úrazech, kteří musí podstoupit operační výkon v anestézii).

K nejčastějším komplikacím místní anestézie patří:  
- technické problémy při lokalizaci správného místa pro provedení místní anestézie s nutností provést operační výkon v celkové anestézii

- bolesti v zádech  
- bolest hlavy – platí pouze pro subarachnoidální anestézií (méně než 2%)  
**Co bude uděláno pro Vaši bezpečnost?**  
Zavedení monitorovacích technik učinilo anestézií velmi bezpečnou. Během operace anesteziolog vždy sleduje krevní tlak, EKG záznam srdeční činnosti, syčení krve kyslíkem pomocí nebolestivého prstového klipu, složení vdechovaných a vydechovaných plynů. U velmi náročných operací nebo v případě komplikací během operačního výkonu je monitorace rozšířena o invazivní sledování a měření. Vždy jde o individuální volbu daných sledovacích technik (např. tlaku v centrálním žilním řečišti, v tepenném řečišti).

## POKYNY

- Každá anestézie je zásahem do organismu. Pro bezpečný průběh Vašeho operačního výkonu v anestézii dodržte prosím následující pokyny:
- V akutním stavu infekčního onemocnění bude Váš operační výkon odložen, obdobně proděláte-li 14 dní před plánovaným výkonem nějaké akutní infekční onemocnění (např. angína)
  - Pokud kouříte, omezte několik dní před výkonem kouření a nejméně den před výkonem nekuřte vůbec.
  - Dodržte prosím náš požadavek lačnění před výkonem. Na oddělení budete přesně instruováni, kdy můžete naposledy jíst a pít. Tímto opatřením předejdete riziku zvracení během anestézie a nebezpečí zatečení žaludečního obsahu do dýchacích cest.
  - Před výkonem sejměte zubní protézu, oční čočky, protěže a brýle, šperky, sponky a vlasové paruky. Delší vlasy si stáhněte gumíčkou.
  - Před anestézií nepoužívejte make-up, oční stíny a fasetové linky- hrozí riziko zánětu očních spojivek, lak na nehty – znesnadní Vaše monitorování během výkonu.
  - Je-li plánováno Vaše propuštění z nemocnice do domácí péče v den operačního výkonu či vyšetření, nesmíte tento den řídit motorová vozidla, provádět právní úkony, výkonu či vyšetření, nesmíte opouštět pracoviště z nemocnice do domácí péče a její činit důležitá rozhodnutí a je vhodné se vyvarovat práce s nebezpečnými nástroji či přístroji. Zajistěte si již dopředu doprovod dospělou osobou do domácí péče a její dohled nad Vámi do následujícího dne.



## The Faculty Hospital Brno

Jihlavská 20, 625 00 Brno, Company ID number: 65269705

**Centre for  
Adult Medicine**  
JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO  
TEL.: 532 231 111  
FAX: 543 211 185

**Centre for  
Reproductive Medicine**  
OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO  
TEL.: 532 238 111  
FAX: 541 213 225

**Children's  
Medical Centre**  
ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO  
TEL.: 532 234 111  
FAX: 532 234 438

### Consent to being Admitted into Residential Care

First name and surname of patient: ..... date of birth: .....

Address in the CR: .....

Place of residence abroad: ..... Health insurance company code: .....

\* First name and surname of legal representative .....

Clinic / department: .....

Identification of presiding medical worker: .....

Reason for admittance into residential care: .....

I confirm with my signature that I have been informed of the reason for being admitted into residential care and that I consent to it.

I also declare that I have been informed of the organisational and operational terms of the residential care as specified in the house rules, and other regulations of the Faculty Hospital Brno, and that I promise to conform to them, especially:

- when storing clothes, I will follow the explicit instructions of the medical worker;
- I will limit money and other valuables (e.g. jewels, mobile phone, savings books, etc.) only to that which is absolutely necessary. I am aware of the fact that by asking a medical worker I can deposit money exceeding 500 CZK and other valuable things, for which I shall receive a receipt;
- I will adhere to the strict prohibition against the bringing in of guns;
- I will adhere to the smoking ban.

I have also been informed regarding:

- the possibility of obtaining in return for payment the "Patient's Account of Hospitalisation". I can ask for this account in return for payment by asking a nurse on duty. After filling in the "Application for the Account of Hospitalisation" form, I will obtain this document within two months by mail at my place of residence;
- about the possibility of filling in the Satisfaction Questionnaire. This questionnaire can be obtained by asking the nurse on duty. After filling it in, put the questionnaire in the box indicated;
- in the case that I am a legal representative of a juvenile patient, I have been informed about the elementary school and the nursery school that operate as part of the Faculty Hospital and that enable schooling for my child in basic subjects during his/her hospitalisation according to the curriculum for the given year of his/her study.

I take into account that the Faculty Hospital Brno is an educational medical institution and I hereby give my consent to medical documentation being inspected by persons who are in the process of attaining qualifications to practice medicine (e.g. students of nursing schools, medical faculties, etc.), who are bound to secrecy by law regarding all the facts that they may learn from any such medical documentation.

I have also been informed about the scientific-research character of the medical institution and I have been asked in this connection to give my consent to the statistical usage of the data from my medical documentation (demographic data, state of health, data on care provided, results of laboratory and additional examinations) for scientific purposes, provided that the data will not be given to a third party and that the results of any scientific and research activities will be presented only in an anonymous form, i.e. without any identification data about my person.

I  consent  do not consent to the processing of data as stated.

Brno, date: ..... time: .....

signature: .....  
patient (legal representative) medical worker

\* delete where inapplicable

# CIZOJAZYČNÝ SOUHLAS

- V nemocnici většinou bývá k dispozici cizojazyčný
  - Nejčastěji užívané jazyky (dle lokalizace pracoviště)
  - Pacient podepisuje informace v jeho jazyce



Městský soud v Brně  
Detenční oddělení 71L  
Polní 39  
608 01 Brno

Naše zn.: (doplnit spisovou značku)

Brno dne

**Oznámení hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu z důvodů uvedených v zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon)**

Oznamujeme Městskému soudu v Brně, že dne ..... v ..... hodin byl hospitalizován na klinice ..... Fakultní nemocnice Brno, pracoviště ..... na oddělení č. .... pacient:  
jméno a příjmení: .....  
rodné číslo: .....  
adresa trvalého bydliště: .....

Pacient byl hospitalizován bez svého souhlasu, neboť dle § 38 odst. 1 zákona:  
- ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky  
- jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas

Důvody nedobrovolného přijetí lze specifikovat následovně:

.....  
.....  
Lékařskou zprávu přikládáme.

Pacient byl převzat z ústavní péče jiného zdravotnického zařízení:  
 ne  
 ano, z .....

Jméno a podpis lékaře: .....

Kontaktní údaje: Sociálně-zdravotní oddělení Fakultní nemocnice Brno  
tel. 532 232 957, 532 233 092

# OZNÁMENÍ HOSPITALIZACE PACIENTA BEZ JEHO SOUHLASU

- DLE LEGISLATIVY JE HOSPITALIZACE DOBROVOLNÁ
- V SITUACI, KDY NENÍ PACIENT SCHOPEN PODEPSAT SOUHLAS (NEJEDNÁ SE O SITUACI V AKUTNÍM OHROŽENÍ ŽIVOTA)
- ODESÍLÁ SE HLÁŠENÍ NA SOUD
- V SITUACI, KDY ZÍSKÁME SOUHLAS (OPĚT SE ODESÍLÁ INFORMACE NA SOUD), ŽE SOUHLAS MÁME

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: .....

# ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- „NEGATIVNÍ REVERZ,,
- PACIENT MŮŽE ODMÍTNOUT VÝKON,  
HOSPITALIZACI, VYŠETŘENÍ
- JE POUČEN LÉKAŘEM O MOŽNÝCH  
RIZICÍCH