

## Souhlas pacienta / zákonného zástupce pacienta s poskytnutím zdravotní služby / výkonu:

\_\_\_\_\_  
*název výkonu (služby, léčby, výkonu apod.)*

**Pacient je:** (*zřetelně vyznačte situaci*)

- nezletilý
- zbaven způsobilosti k právním úkonům
- s omezenou způsobilostí k právním úkonům

**Údaje pacienta:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Rč: \_\_\_\_\_ ZP: \_\_\_\_\_

**Údaje zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Narozen dne: \_\_\_\_\_ Vztah k pacientovi: \_\_\_\_\_

Kontakt: telefon/email \_\_\_\_\_

**Lékař provádějící poučení:** \_\_\_\_\_

Byl/a jsem lékařem poučen/a o výkonu, který má být proveden mne / výše jmenovanému pacientovi. **Účel, povaha, předpokládaný prospěch výkonu:**

\_\_\_\_\_

Beru na vědomí, že výše uvedený výkon má **možná rizika a následky**, o kterých jsem byl lékařem informován:

\_\_\_\_\_

Jsem si vědom, že po provedení výše uvedeného výkonu mohou nastat **možná omezení** v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti (údaj o event. změnách zdravotní způsobilosti):

\_\_\_\_\_

Byl jsem poučen o tom, zda plánovaný výkon má nějakou **alternativu**, a pokud ano, měl jsem možnost zvolit si jednu z alternativ (pokud toto právo zvláštní právní předpisy nevyklučují):

\_\_\_\_\_

Obdržel jsem tyto **údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních**, která jsou vhodná, a o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo pacienta / zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má. **Odvolání tohoto souhlasu** je ze strany pacienta / zákonného zástupce možné, avšak neúčinné, pokud již byl zdravotní výkon započat a jeho přerušlení může způsobit vážné ohrožení zdraví nebo života pacienta.

Na základě poučení o zdravotním stavu pacienta, sdělení a vysvětlení výše uvedených údajů lékařem, **prohlašuji a svým podpisem potvrzuji**, že jsem podanému poučení porozuměl, měl jsem možnost klást lékaři doplňující otázky a ty mi byly zodpovězeny. Uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi.

**Souhlasím** s tím, aby pacientovi byl v Nemocnici Prachatice, a.s. poskytnuta uvedená zdravotní služba:

\_\_\_\_\_  
*název výkonu (služby, léčby, výkonu apod.)*

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin.

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacienta / zákonného zástupce pacienta*

\_\_\_\_\_  
*Podpis lékaře, který poučil zák. zástupce pacienta*

**Protože zákonný zástupce pacienta nemůže písemný souhlas s výkonem podepsat z důvodů:**

\_\_\_\_\_, byl přítomen/na poučení a odmítnutí podpisu

jako svědek pan/í: \_\_\_\_\_, narozen: \_\_\_\_\_

V Prachaticích dne:

\_\_\_\_\_  
*podpis svědka*