



Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

.....

**POUČENIE a PÍSOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA
podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z.z.**

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnózy (prípadne sa uvedie aj predoperačná diagnóza):

.....
.....
.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príp. navrhovaný výkon (napr. chirurgický, iný):

.....
.....
.....

Dolupodpísaný(á)potvrďujem svojím podpisom, že som osobou spôsobilou udeliť informovaný súhlas v súlade s ust. § 6 zákona č. 576/2004 Z.z., že som lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

.....
.....

Nezatajil(a) som žiadne alergie, tehotenstvo

Zároveň svojím podpisom výslovne potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) ošetrojúcim lekárom o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov (napr. operácie apod.), ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou, ako aj možnosti navrhovaný zákrok kedykoľvek odmietnuť. Výslovne potvrdzujem, že som sa s ošetrojúcim lekárom dostatočne rozprával (a), bolo mi umožnené klásť otázky a nemám žiadne nejasnosti. Súčasne týmto výslovne udeľujem súhlas, aby boli vykonané i ďalšie tu výslovne neuvedené zákroky, výkony a poskytnuté ďalšie zdravotné služby, ak by to bolo potrebné pre ochranu môjho života a zdravia, ak nebude možné vyžiadať si odo mňa ďalší dodatočný informovaný súhlas.

Bol(a) som poučená o rizikách spojených s operáciou.

Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.



Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasím a sám (sama) som sa preň slobodne bez nátlaku rozhodol(a). Zároveň som si vedomý(á) toho, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nie je zmluvným partnerom žiadnej poisťovne, že v mojom prípade ide o odplatný zdravotný výkon, s jeho cenou plne súhlasím a zaväzujem sa zaplatiť celú sumu za vykonaný zdravotný výkon a služby s ním spojené v zmysle platného cenníka poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Súčasne beriem na vedomie, že informačný list pre pacientov týkajúci sa navrhovaného výkonu spolu s vyplneným dotazníkom sú súčasťou zdravotnej dokumentácie.

V dňa čas

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje
zdravotná starostlivosť
(prípadne jej zákonného zástupcu)