



## Súhlas s vykonaním zdravotného výkonu

Meno a priezvisko lekára, ktorý vykonal vyšetrenie/ošetrovanie: \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko pacienta, dátum narodenia: \_\_\_\_\_

E-mail pacienta: \_\_\_\_\_

### Dnešný deň, mesiac a rok som bol/-a lekárom - zdravotníckym pracovníkom poučený/-á o chirurgickom zdravotnom výkone:

(Názov chirurgického zdravotného výkonu – vyplniť paličkovým písmom)

Na oku: PRAVOM/LAVOM<sup>1</sup> dňa: \_\_\_\_\_  
Dátum chirurgického výkonu

\_\_\_\_\_ Podpis pacienta

Na oku: PRAVOM/LAVOM<sup>2</sup> dňa: \_\_\_\_\_  
Dátum chirurgického výkonu

\_\_\_\_\_ Podpis pacienta

K tomuto poučeniu došlo písomnou formou a rovnako formou osobnej konzultácie so zdravotníckym pracovníkom, ktorý mi aj odpovedal na všetky mnou kladené otázky týkajúce sa vyššie uvedeného chirurgického zdravotného výkonu. V rámci písomných a ústnych informácií som bol/-a oboznámený/-á najmä s účelom predmetného chirurgického zdravotného výkonu, s jeho priebehom a prípadnými alternatívami. V tejto súvislosti som bol/-a oboznámený/-á s kladmi a zápornými predmetného chirurgického zdravotného výkonu, ako aj s kladmi a zápornými alternatívnych chirurgických zdravotných výkonov. Ďalej som bol/-a poučený/-á o rizikách, ktoré môžu počas po či v súvislosti s chirurgickým zdravotným výkonom nastať a aj s obmedzeniami mojich osobných či pracovných aktivít v priebehu a po absolvovaní chirurgického zdravotného výkonu. Vyhlasujem a svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že zdravotnícky pracovník, ktorý mi poskytol poučenie, mi osobne vysvetlil všetko, čo je obsahom písomných informácií o chirurgickom zdravotnom výkone a tohto písomného Súhlasu s vykonaním zdravotného výkonu a mal/-a som možnosť klásť mu otázky, na ktoré mi vyčerpávajúcím a uspokojujúcim spôsobom odpovedal. Vyhlasujem, že som písomnému a ústnemu poučeniu porozumel/-a a výslovne súhlasím s vykonaním vyššie uvedeného chirurgického zdravotného výkonu. Zároveň vyhlasujem, že beriem na vedomie, že priaznivý výsledok chirurgického zdravotného výkonu nemožno garantovať. Rovnako vyhlasujem, že v prípade výskytu neočakávaných komplikácií vyžadujúcich neodkladné vykonanie ďalších výkonov potrebných k záchrane môjho života alebo zdravia, súhlasím s tým, aby boli vykonané všetky ostatné potrebné a neodkladné výkony smerujúce k záchrane môjho života alebo zdravia. Bol/-a som poučený/-á o rozsahu a o výške úhrady za poskytnuté výkony a s výškou súhlasím.

Potvrdzujem prevzatie kópie informovaného súhlasu dňa \_\_\_\_\_ . Podpis \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nehodiace sa prosím preškrtnúť

<sup>2</sup> Nehodiace sa prosím preškrtnúť