

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM (název výkonu)

.....  
.....

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

štítek

Definice:

Cíl a důvod výkonu:

Alternativy k výkonu:

Příprava před výkonem:

Postup při výkonu:

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:**

**Možné časté komplikace a následující rizika:**

**Datum:** .....

**Jméno lékaře:** ..... **Podpis lékaře:** .....

---

**PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:**

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

**Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

**Jsem srozuměn/a s tím, že:**

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

**Souhlasím s poskytnutím informací:**

ano  ne

**Datum:** ..... **Podpis pacienta:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (1):** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (2):** .....

**Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:**

.....

**POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):**

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):** .....

**Podpis:** .....

**Datum:** .....

b) **Jméno svědka:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa bydliště:** ..... **Číslo OP:** .....

**Datum:** .....