

Pacient: RČ: Pojišťovna: Č. chor.:

A - účel, důvod zákroku [vyšetření]**B - Pacientův stav vyžaduje následující zákrok [vyšetření]**

- excize (odstranění) kožní léze
- incize (natnutí) kůže
- sutura
- exstirpace
- podvazy névu

C - Rizika zákroku [vyšetření] [existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku [vyšetření]]

- alergická reakce na podání znečistivující látky
- kolapsový stav (mdloba, slabost)
- krvácení či hematoma v ráně
- infekce v ráně a rozpad rány
- bolest v jizvě

D - Jiné relevantní možnosti léčby a jejich rizika**E - Další důležité informace ke snížení rizika komplikací [pokud ANO, označte, případně uveďte jaké]****F - Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací**

- provedení předoperačního vyšetření, pokud je požadováno
- informovat lékaře o lécích, které ovlivňují srážení krve
- brát pravidelně léky, pokud je lékař provádějící zákrok předepsal
- navštěvovat pravidelně kontroly, které doporučil lékař
- dodržovat režim, který doporučil lékař
- navštívit neodkladně lékaře, pokud bude mít pacient pocit komplikací

G - Pacientův informovaný souhlas

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, které jsou s tímto zákrokem spojeny a s riziky, které jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky zákroku
- že jsem srozuměn s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj zdravotní stav zhoršit
- že jsem byl poučen o účelu, povaze zákroku, jeho důsledcích, rizicích a alternativách
- bylo mi umožněno položit lékařovi otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ. Otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti
- že jsem nezamlčel žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na operační výkon i pooperační průběh
- že jsem srozuměn s tím, že zákrok může provést někdo jiný než můj ošetřující lékař
- že jsem při plném vědomí, orientován v čase, místem a osobou a již nemám žádné další otázky

Souhlasí, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rámci výuky a odborných stáží / studenti i SZŠ, studenti lékařských fakult apod./, případně jejich odborní vyučující, mohli být přítomni mému ambulantnímu výkonu a mohli nahlédnout do mé zdravotnické dokumentace. Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl(a) požádat o výše uvedený zákrok [vyšetření].

Datum:

Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce :

H - Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku [diagnostického vyšetření] a riziky spojené s realizací tohoto zákroku [vyšetření], s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku [vyšetření] nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi [popř. jeho zástupci] položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby se byl schopen se informovaně rozhodnout.

Datum:

Jméno lékaře:

Podpis lékaře: