

## INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

1. **Zdravotnícky pracovník vykonávajúci vyšetrenie a poskytujúci poučenie: MUDr. Helena Horváthová**

2. **Pacient:** Meno: .....

R.č.: .....

Tel.: .....

3. **Vyhlasenie pacienta:** Uvedením svojho podpisu na tomto dokumente pacient vyhlasuje, že

- (i) bol informovaný o povahe svojho ochorenia, respektíve svojich zdravotných ťažkostí, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mu má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou,
- (ii) bol riadne, zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku a v plnom rozsahu poučený o účele, povahe, priebehu, možných následkoch, rizikách a komplikáciách zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a o alternatívnych postupoch, o odbere krvi a biologického materiálu na diagnostické účely a o všetkých ďalších plánovaných vyšetrovacích metódach a o príslušných možnostiach farmakologickej a inej liečby,
- (iii) bol riadne, zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku a v plnom rozsahu poučený o možných následkoch a rizikách poskytnutia i odmietnutia zdravotnej starostlivosti,
- (iv) všetky otázky pacienta ohľadne poskytnutia zdravotnej starostlivosti a s ňou súvisiacich skutočnostiach mu boli uspokojujúcim a zrozumiteľným spôsobom zodpovedané,
- (v) pacientovi bol poskytnutý dostatočný čas na slobodné rozhodnutie sa o poskytnutí zdravotnej starostlivosti,
- (vi) bol poučený, že tento informovaný súhlas môže kedykoľvek slobodne odvolať, a to aj bez uvedenia dôvodu,
- (vii) celý text tohto informovaného súhlasu vrátane poučenia si riadne prečítal, jeho obsah mu bol riadne, zrozumiteľne a v dostatočnej miere vysvetlený a v celom rozsahu mu porozumel,
- (viii) tento informovaný súhlas podpisuje dobrovoľne, pri plnom vedomí, nie v tiesni za nápadne nevýhodných podmienok a ani v omyle,
- (ix) sa riadne oboznámil s Podmienkami spracúvania osobných údajov pacienta zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu a že porozumel všetkým informáciám v nich obsiahnutým,
- (x) podpísaním tohto informovaného súhlasu vyjadruje, že **súhlasí s týmto poučením**, ktoré predchádzalo poskytnutiu zdravotnej starostlivosti,
- (xi) pacient s navrhovaným liečebným postupom **súhlasí/nesúhlasí**

.....  
Podpis pacienta

.....  
Podpis zdravotníckeho pracovníka

Dátum: .....

Dátum: .....

## INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

1. **Zdravotnícky pracovník vykonávajúci vyšetrenie a poskytujúci poučenie: MUDr. Helena Horváthová**

2. **Pacient:** Meno: .....

R.č.: .....

Tel.: .....

3. **Vyhlásenie pacienta:** Uvedením svojho podpisu na tomto dokumente pacient vyhlasuje, že

- (xii) bol informovaný o povahe svojho ochorenia, respektíve svojich zdravotných ťažkostí, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mu má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou,
- (xiii) bol riadne, zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku a v plnom rozsahu poučený o účele, povahe, priebehu, možných následkoch, rizikách a komplikáciách zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a o alternatívnych postupoch, o odbere krvi a biologického materiálu na diagnostické účely a o všetkých ďalších plánovaných vyšetrovacích metódach a o príslušných možnostiach farmakologickej a inej liečby,
- (xiv) bol riadne, zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku a v plnom rozsahu poučený o možných následkoch a rizikách poskytnutia i odmietnutia zdravotnej starostlivosti,
- (xv) všetky otázky pacienta ohľadne poskytnutia zdravotnej starostlivosti a s ňou súvisiacich skutočnostiach mu boli uspokojujúcim a zrozumiteľným spôsobom zodpovedané,
- (xvi) pacientovi bol poskytnutý dostatočný čas na slobodné rozhodnutie sa o poskytnutí zdravotnej starostlivosti,
- (xvii) bol poučený, že tento informovaný súhlas môže kedykoľvek slobodne odvolať, a to aj bez uvedenia dôvodu,
- (xviii) celý text tohto informovaného súhlasu vrátane poučenia si riadne prečítal, jeho obsah mu bol riadne, zrozumiteľne a v dostatočnej miere vysvetlený a v celom rozsahu mu porozumel,
- (xix) tento informovaný súhlas podpisuje dobrovoľne, pri plnom vedomí, nie v tiesni za nápadne nevýhodných podmienok a ani v omyle,
- (xx) sa riadne oboznámil s Podmienkami spracúvania osobných údajov pacienta zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu a že porozumel všetkým informáciám v nich obsiahnutým,
- (xxi) **Vyhlásenie zákonného zástupcu:** Týmto vyhlasujem, že som zákonným zástupcom nespôsobilého pacienta a že neexistuje žiadna právna prekážka k tomu, aby som za nespôsobilého pacienta udelil informovaný súhlas k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti. Vyhlasujem, že som bol pred udelením súhlasu poučený a boli mi poskytnuté všetky informácie v rozsahu, ako to vyplýva z vyššie uvedeného. Zároveň vyhlasujem, že mi Poskytovateľ umožnil klásť otázky k navrhovanému zdravotnému výkonu a na všetky mi Poskytovateľ patrične odpovedal. V danej veci preto nemám žiadne ďalšie otázky a v plnej miere poučení rozumiem. Pre zváženie všetkých rizík súvisiacich so zdravotným výkonom realizovaným môjmu dieťaťu mi bol poskytnutý dostatočný čas.
- (xxii) **Vyhlásenie nespôsobilého Pacienta:** Týmto potvrdzujem, že mi Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti s ohľadom na môj vek a rozumovú vyspelosť vysvetlil všetky podstatné otázky týkajúce sa zdravotnej starostlivosti, ktorú mi poskytuje poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.
- (xxiii) podpísaním tohto informovaného súhlasu pacient/zákonný zástupca vyjadruje, že **súhlasí s týmto poučením**, ktoré predchádzalo poskytnutiu zdravotnej starostlivosti,
- (xxiv) pacient/zákonný zástupca s navrhovaným liečebným postupom **súhlasí/nesúhlasí**

.....  
Podpis zákonného zástupcu pacienta

.....  
Podpis zdravotníckeho pracovníka

Dátum: .....

Dátum: .....