

POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA O INVAZÍVNO M ZÁKROKU

podľa § 6 zákona 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko pacienta:

Dátum a miesto narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

ZP:

Týmto potvrdzujem, že som bol podrobne informovaný o nasledujúcom výkone:

a bol som poučený:

- o účele a povahe poskytnutia uvedenej potrebnej zdravotnej starostlivosti
- o následkoch a možných rizikách poskytnutia uvedenej zdravotnej starostlivosti
- o následkoch a rizikách odmietnutia poskytnutia uvedenej zdravotnej starostlivosti

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol poučený zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku.

V Martine, dňa

Podpis pacienta:

Podpis ošetrojúceho lekára:

Týmto v zmysle § 6 ods. 4 cit. Zákona súhlasím so základnými diagnostickými a liečebnými postupmi, o ktorých som bol poučený a som si vedomý, vzhľadom na môj súčasný zdravotný stav, vplyvu poskytnutia uvedenej zdravotnej starostlivosti na ďalší spôsob môjho života. Svojim podpisom zároveň potvrdzujem, že som mal možnosť a dostatočný čas sa slobodne rozhodnúť pre informovaný súhlas.

Prehlasujem, že pravidelne v súčasnosti (za posledné 4 týždne):

- som neužíval žiadne lieky
- užívam tieto lieky (názov, dávka, doba užívania):

Prehlasujem, že:

- nemám žiadne liekové ani potravinové alergie
- mám alergie (špecifikujte aké a s akým prejavom):

V Martine, dňa

Podpis pacienta:

Podpis ošetrojúceho lekára:

Názov formulára:	Poučenie o invazívnom zákroku		
Kód dokumentu.číslo verzie:	F-KOO-003.01	Platnosť verzie od:	01.01.2018
Súvisí s dokumentom:	S-LIVF-013 Partnerské a nepartnerské darovanie buniek a tkanív podľa požiadaviek legislatívy		
Autor formulára:	meno a priezvisko	miesto uloženia formulára	STRANA 1 z 1
	MUDr. Peter Krajkovič	QMS/Dokumenty QMS/Formuláre	