

## POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA O INVAZÍVNOM 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. Poskytnutým informáciám som porozumel a mal som príležitosť klásť otázky na ktoré som dostal odpovede.

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 a všetky poskytnuté informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia pravdivé.

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-003.02	Platnosť verzie od:	01.09.2019
Súvisí s dokumentom:	S-LIVF-013 Partnerské a nepartnerské darovanie buniek a tkanív podľa požiadaviek legislatívy		
Autor formulára:	meno a priezvisko	miesto uloženia formulára	
	MUDr. Peter Krajčovič	QMS/Dokumenty QMS/Formuláre	
			STRANA 1 z 1