

.....
pracoviště

**NEGATIVNÍ REVERS - NESOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY S VYŠETŘENÍM
NEBO LÉČBOU***

Pacient/ka má právo odmítnout vyšetření či léčbu a být současně úplně informován/a o zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Pacient/ka:

jméno a příjmení pacienta/ky, titul:

.....

rodné číslo, zdravotní pojišťovna:

.....

diagnóza, pro kterou je léčen/a či hospitalizován/a: (popište česky a srozumitelně)

Oddělení:

Lékař/ka provádějící poučení

Poučení:

- 1. údaj o zdravotním stavu pacienta/ky a potřebných zdravotních službách (vyplní lékař/ka):**

- 2. údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta/ky (vyplní lékař/ka):**

Záznam o vyjádření pacienta/ky, že údaje podle bodu 1 a 2 mu/jí byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl/a a vzal/a plně na vědomí, a že měl/a možnost klást doplňující otázky, které mu/jí byly zdravotnickým pracovníkem vyčerpávajícím způsobem a laicky srozumitelně zodpovězeny, odpovědím porozuměl/a a vzal/a je plně na vědomí. Následuje možná formulace:

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem podle bodu 1 a 2. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření nebo léčby i o důvodech shora uvedeného úkonu, včetně všech rizik či komplikací, ke kterým může dojít v důsledku mého odmítnutí podle bodu 1 a 2. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a vzal/a je na vědomí.

Přestože mi bylo vyšetření anebo léčba vysvětlena, vysvětlení jsem porozuměl/a a vzal/a jej na vědomí. i nadále odmítám vyšetření anebo léčbu* s tím, že si jsem plně vědom/a možných důsledků poškození zdraví či smrti.

Datum: hod:

.....
Podpis pacienta/ky

.....
Podpis rodinného příslušníka (nepovinný)

.....
Jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře/ky

.....
Jmenovka a podpis vedoucího lékaře/ky

.....
Jmenovka a podpis zdravotnického
pracovníka - svědka

***Poznámka: nehodící se škrtněte**