

.....  
pracoviště

**NEGATIVNÍ REVERS - NESOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VYŠETŘENÍM  
NEBO LÉČBOU\***

**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)

jméno a příjmení zákonného zástupce, titul:

.....

telefonický kontakt na zákonného zástupce, jeho kontaktní adresa:

.....

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 a jeho/jejího zákonného zástupce, že údaje podle bodu 1 a 2 mu/jí byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměli a vzali plně na vědomí, a že měli možnost klást doplňující otázky, které jim byly zdravotnickým pracovníkem vyčerpávajícím způsobem a laicky srozumitelně zodpovězeny, odpovědím porozuměli a vzali je plně na vědomí. **Pokud byl poučen pouze zákonný zástupce, ale z nějakého důvodu nebyl/a poučen/a a plně informován/a pacient/pacientka, musí být tato okolnost vyčerpávajícím způsobem odůvodněna a zdokumentována.** Následuje možná formulace:

**Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se zdravotním stavem pacienta/tky 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\* pacienta/tky s tím, že si jsem plně vědom/a možných důsledků poškození zdraví či smrti mnou zastupované osoby.**

Datum: ..... hod: .....

.....  
Podpis pacienta/ky  
(úměrně rozumové vyspělosti pacienta/pacientky)

.....  
Podpis zákonného zástupce

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

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

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

**\*Poznámka: nehodící se škrtněte**