

SOUHLAS PACIENTA S VYŠETŘENÍM S VYUŽITÍM IONIZUJÍCÍHO ZÁŘENÍ

Vyšetření:

Jméno a příjmení pacienta:.....r.č.:.....

Jméno a příjmení zákonný zástupce (opatrovník/ustanovený zástupce)**:.....

Oddělení:.....

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval/a o jeho zdravotním stavu a důvodech léčby/ provedení výkonu a všech souvisejících skutečnostech.

V Břeclavi dne: v hod.:

.....
Jméno, příjmení, titul a podpis poučení provádějícího lékaře
(indikující lékař)

Datum vyšetření:.....

Váha.....**kg**

Výška.....**cm**

Označte X

Jsem gravidní

Nejsem gravidní

Můžu být gravidní

Souhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka/ustanoveného zástupce):

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o plánovaném výkonu a o všech souvisejících skutečnostech, zejména o možných variantách, postupech, následcích a komplikacích. Byl/a jsem rovněž upozorněn/a na eventuelní nutnost výkon rozšířit nebo modifikovat v závislosti na aktuálním stavu a okolnostech. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy.

V Břeclavi dne: v hod.:

Podpis:

pacient (zákonný zástupce/opatrovník/ustanovený zástupce)

Nesouhlas pacienta s vyšetřením (nebo zákonného zástupce/opatrovníka/ustanoveného zástupce):

Po podrobném vysvětlení a objasnění jsem navrhovaný výkon odmítl/a. Byl/a jsem dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu, možných nepříznivých následcích a rizicích, které pro mě mohou v důsledku odmítnutí výkonu nastat. Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o shora uvedených skutečnostech, kterým jsem plně porozuměl/a. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy. Přes toto výslovné poučení odmítám výkon vyšetření s využitím ionizujícího záření.

V Břeclavi dne: v hod.: Podpis:

.....
pacient (zákonný zástupce/opatrovník/ustanovený zástupce)

Pacient se odmítl / nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav* z důvodu:.....

.....
podepsat, svou vůli však projevil takto:

Jméno a příjmení svědka (zdravotnický pracovník):Podpis:.....

Použité ochranné pomůcky: **zástěra**

límeč

ochrana gonád

RRA (který vyšetření provedl):

.....
Jméno, příjmení, titul a podpis

* nehodící se škrtněte

** u osob nezletilých, pacientů s ustanoveným zástupcem