



FN MOTOL

Razítko pracoviště

**Informovaný nesouhlas pacienta (zákonného zástupce)
s operačním výkonem/léčebným postupem/vyšetřením
- negativní revers -**

Příjmení:
Jméno:
RČ pacienta:

Pacient vyšetřovaný/hospitalizovaný ve FN Motol (zákonný zástupce pacienta vyšetřovaného/hospitalizovaného ve FN Motol) byl poučen o svém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby jím zastupované):

.....

.....

.....

Pacient (zákonný zástupce) si je vědom, že je potřebné a nutné se podrobit (podrobit osobu jím zastupovanou) navrhovanému operačnímu výkonu/léčebnému postupu/vyšetření, spočívajícímu v:

.....

.....

.....

Pacient (zákonný zástupce) přes opakované poučení ze strany lékaře o nezbytnosti tohoto postupu/výkonu trvá na tom, že se této péči nepodrobí (nepodrobí osobu jím zastupovanou) a s jejím poskytnutím nesouhlasí. Pacient (zákonný zástupce) byl poučen, že odmítnutí takového postupu/výkonu může mít zejména tyto následky:

.....

.....

.....

Prohlášení pacienta (zákonného zástupce) o tom, že vzal náležité poučení na vědomí, porozuměl mu, nemá na lékaře žádné další dotazy a přes toto výslovné poučení konkrétní péči odmítá:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem poučen o veškerých shora uvedených skutečnostech, o potřebě výše uvedené zdravotní péče a o možných následcích jejího neposkytnutí. Uvedené skutečnosti mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a

měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. Nemám žádné další dotazy týkající se výše uvedeného poučení.

I přes poskytnuté vysvětlení výše uvedenou zdravotní péči **výslovně odmítám**, vědom si možných následků pro můj zdravotní stav (zdravotní stav osoby mnou zastupované).

Jako zákonný zástupce prohlašuji, že v přiměřeném rozsahu a formě bylo poučení poskytnuto osobě mnou zastupované.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka lékaře

.....
**Podpis pacienta
(zákonného zástupce)**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Prohlášení svědka v případě, nemůže-li se pacient (zákonný zástupce) s ohledem na zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li negativní revers podepsat.

Prohlašuji, že pacient (zákonný zástupce) přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení s doporučovanou zdravotní péčí nesouhlasí.

Jméno a příjmení svědka:

Důvod nepodepsání negativního reversu pacientem (zákonným zástupcem):

Způsob, jakým pacient (zákonný zástupce) projevil vůli:

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis svědka