

INFORMOVANÝ SOUHLAS S LÉKAŘSKÝM VYŠETŘENÍM A LÉČEBNÝM POSTUPEM

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Název vyšetření či popis léčebného postupu, pro které je nutný písemný souhlas:

Prohlašuji, že jsem pacientovi (zákonnému zástupci pacienta) vysvětlil podstatu a výhody lékařského vyšetření/léčebného postupu způsobem, který byl podle mého soudu pro něho srozumitelný. Rovněž jsem jej seznámil s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s následujícími riziky: **krvácení, infekce, defekt, deformita, obtížné hojení – alveolitis, porucha funkce, porucha inervace.**

Seznámil jsem pacienta (zákonného zástupce pacienta) s možnými alternativami navrhovaného vyšetření/léčebného postupu a s problémy, které mohou nastat během uzdravování, i s důsledky odmítnutí výkonu.

Lékař: MDDr. Marek Kadlubiec

Datum:

Podpis:

PROHLÁŠENÍ PACIENTA (zákonného zástupce)

Já, pacient (zákonný zástupce), prohlašuji, že jsem lékařem byl srozumitelně informován o povaze lékařského výkonu/postupu uvedeného výše, byl jsem též informován o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu.

Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami k výkonu/postupu i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl.

Byl jsem rovněž informován o možných problémech během uzdravování.

Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným lékařským výkonem (léčebným postupem)
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Datum:

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

POUČENÍ PRO PACIENTY

Zájmem lékaře je Vám pomoci. Lékař Vám vysvětlí podstatu lékařského výkonu/ léčebného postupu a seznámí Vás s možnými alternativami. Můžete mu položit doplňující otázky. Máte právo navrženou léčbu/vyšetření odmítnout.