

VZOR

Záznam o informovanom súhlase.

Potvrdzujem, že som v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti informoval/a pacienta a/alebo pacientom určenú inú osobu a/alebo zákonného zástupcu pacienta o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Stručný zoznam plánovaných diagnosticko-liečebných postupov:

.....
.....
.....

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho
zdravotníckeho pracovníka

Potvrdzujem, že som bol/a zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas, informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

.....
Podpis

Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas:

.....
.....

V..... dňa.....