

## Informovaný souhlas se zákrokem - obecný

Souhlas pacienta s prováděním vyšetřovacích a léčebných výkonů vyžádaný zejména podle §23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. „o péči a zdraví lidu“ v platném znění a vyhl.MZ č. 385/2006 Sb. „zdravotnické dokumentaci“ ve znění vyhl.č.64/2007 Sb.

S přihlédnutím k dosavadním výsledkům vyšetření u Vás provedených je vhodné provést níže uvedený zdravotní výkon.

**Zárok:**.....

### Obsah poučení:

- rizika a komplikace
- alternativy zákroku

**Souhlasím / nesouhlasím\*),** aby v mezích daných právními předpisy tyto výkony prováděli studenti v přípravě k výkonu zdravotnického povolání a v rozsahu nezbytně nutném mohli nahlížet do mé zdravotní dokumentace. Všechny tyto osoby jsou povinny o zjištěných skutečnostech zachovávat mlčenlivost.

**Souhlasím / nesouhlasím\*)** s možným uveřejněním údajů, které byly vyšetřením či léčením získány, ve vědeckých publikacích.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil obsah tohoto písemného informovaného souhlasu. Měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi řádně odpověděl a uvádím, že uvedená konzultace s lékařem proběhla po dostatečnou dobu. Prohlašuji, že jsem měl(a) možnost poučení uvážit a uvedenému poučení plně porozuměl(a).

V Jihlavě datum a čas:.....

.....  
Podpis pacienta

.....  
Podpisy zákonných zástupců \*\*)\*\*\*)

Dne ..... jsem informoval výše jmenovaného pacienta

o výkonu: .....

.....  
Podpis lékaře

Prohlášení svědka v případě, že se pacient nemůže podepsat :

Jméno svědka.....

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že poučení souhlasí s poskytováním informací o zdravotním stavu v uvedeném rozsahu i s dalšími výše uvedenými skutečnostmi.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:.....

.....

Pacient potvrdil svůj souhlas tak, že:.....

.....

.....  
Podpis svědka

Vysvětlivky:

- \*) nehodící se škrtněte
- \*\*\*) platí pro osobu nezletilou či pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům
- \*\*\*\*) platí pro případ, že je přítomen jen jeden z rodičů: podepsaný zákonný zástupce (rodič) prohlašuje, že druhý z rodičů s hospitalizací souhlasí