

Príloha 3: Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

[POSKYTOVATEĽ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI]

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť	
Rodné číslo	
Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ)	
Telefónne číslo / e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie)	

Novovzniknuté ťažkosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

[opis]

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

[opis – povaha diagnosticko-liečebného výkonu]

[opis **najčastejších nežiaducich účinkov** diagnosticko-liečebného výkonu, ako aj jeho následkov a rizík]

Dolu podpísaný/ápotvrďujem svojim podpisom, že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom [účel diagnosticko-liečebného výkonu], ako aj o jeho možných následkoch a rizikách.

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách v súvislosti s liečebným postupom.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM.¹ Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

V dňa čas

.....
podpis a otláčok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje
zdravotná starostlivosť

¹nehodiace sa preškrtnúť