**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

**S PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU**

**[NÁZEV ZDRAVOTNÍHO VÝKONU]**

***varianta, kdy je poskytovatelem zdravotních služeb právnická osoba:***

**[název společnosti]**

**se sídlem [sídlo společnosti dle obchodního rejstříku], IČ: [identifikační číslo]**

**společnost zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským / Krajským soudem v [město], sp. zn. [spisová značka zápisu]**

***varianta, kdy je poskytovatelem zdravotních služeb fyzická osoba:***

**[jméno, příjmení]**

**se sídlem [sídlo dle živnostenského rejstříku]**

**IČ: [identifikační číslo]**

|  |
| --- |
| Identifikační údaje pacienta:  |
| **jméno:** |  |
| **příjmení:** |  |
| **rodné číslo:** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**POUČENÍ O VYŠETŘENÍ**

1. **Účel a povaha vyšetření**

Předmětný zdravotní výkon představuje [popis zdravotního výkonu (invazivní/neinvazivní)].

Cílem tohoto zdravotního výkonu je [zamýšlený účel (čeho přesně má být prostřednictvím daného výkonu dosaženo].

Během daného zdravotního výkonu [popis průběhu vyšetření, jednotlivých kroků].

Celkově zabere zdravotní výkon přibližně [časový odhad trvání vyšetření] min. / hod.

1. **Předpokládaný prospěch**

Předpokládaným prospěchem pacienta je [popis předpokládaných účinků zdravotního výkonu].

1. **Následky a možná rizika**

Mezi možná rizika a komplikace zdravotního výkonu lze řadit [popis možných rizik a komplikacích spojených se zdravotním výkonem a následnou rekonvalescencí].

Mezi možné následky zdravotního výkonu patří [popis možných následků zdravotního výkonu].

Po provedení zdravotního úkonu je třeba počítat s [popis omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení zdravotního výkonu, případně jiné očekávané změny zdravotního stavu].

1. **Údaj o režimu úhrady zdravotního výkonu**

Předmětný zdravotní výkon není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Náklady na proveden zdravotního výkonu hradí pacient.

1. **Alternativy zdravotního výkonu**

Možnou alternativou zdravotního výkonu je [výčet možných léčebných alternativ].

1. **Údaje o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních**

Bezprostředně po provedení zdravotního výkonu [pokyny ohledně bezprostředního léčebného režimu].

Následně [pokyny ohledně dalšího léčebného režimu].

1. **Údaje o navazujících zdravotních výkonech**

Po provedení zdravotního výkonu [výčet případných navazujících zdravotních výkonů / informace o tom, že žádné takové výkonu nejsou].

1. **Odpovědi na doplňující otázky pacienta či zákonného zástupce pacienta**

Otázka: …………………………………………………………………………………………….

Odpověď: ………………………………………………………………………………………….

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROHLÁŠENÍ PACIENTA**

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem / podpisem zákonného zástupce potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem výše uvedených informací a tohoto písemného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl a zároveň, že jsem byl/a poučen/a o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu a určit osoby podle § 32 a 33 zákona o zdravotních službách nebo vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a výslovně na základě mého svobodného rozhodnutí souhlasím s provedením zdravotního výkonu uvedeného výše.

V ………………. dne … … …………

Podpis pacienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta / zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu / o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V ………………. dne … … …………

Podpis lékaře: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_