2) Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Poskytovatel zdravotních služeb:

Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Označení zdravotního výkonu nebo služby:

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu:

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Prohlašuji, že jsem byl zdravotnickým pracovníkem poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím, či nikoli. Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony. Beru na vědomí, že shora uvedený zdravotní výkon i při správném odborném postupu nemusí splnit předpokládaný a očekávaný účel. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

Dne: Podpis pacienta:

Podpis zdravotníka, který informace podával: