



PODPISOVÝ LIST PRE ZAZNAMENANIE REALIZOVANIA POUČENIA O VÝKONE A O ROZHODNUTÍ PACIENTA, ČI VÝKON PODSTÚPI

PODPISOVÝ LIST PRE ZAZNAMENANIE REALIZOVANIA POUČENIA O VÝKONE A O ROZHODNUTÍ PACIENTA

Pacient:¹

Meno a Priezvisko:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Email:

Telefón:

V zastúpení zákonného zástupcu:²

Meno a Priezvisko:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Email:

Telefón:

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:³

Obchodné meno:

SLUŠNÁ AMBULANCIA, s. r. o.

Sídlo:

ŠPÍTALSKA 13, 949 01 NITRA

IČO:

45633410

Web ambulancie:

WWW.SLUSNA.AMBULANCIA.SK

Pacient na tomto podpisovom liste svojím podpisom potvrdzuje poskytnutie poučenia ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom a udelenie informovaného rozhodnutia v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. vo vzťahu k jednotlivým zdravotným výkonom uvedeným nižšie v tabuľke. V prípade, ak konkrétny výkon už bol raz pacientovi realizovaný, je kompletné písomné poučenie aj s informovaným rozhodnutím pacienta k prvej realizácii daného výkonu založené v zdravotnej dokumentácii pacienta.



Vyhlásenia pacienta/zákonného zástupcu pacienta k zdravotným výkonom:

- Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a pred udelením informovaného súhlasu plne informovaný/á (zrozumiteľne, bez nátlaku a ohľaduplne a v dostatočnom časovom predstihu) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov súvisiacich so zákrokom, ako aj o možných následkoch a možných rizikách (vedľajších účinkoch) spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Pred výkonom som mal možnosť vysvetliť svoj zdravotný problém a mal som možnosť klásť doplňujúce otázky a na všetky mi bolo zrozumiteľne odpovedané. V danej veci nemám žiadne ďalšie otázky a v plnej miere poučení rozumiem. Pre zváženie všetkých rizík súvisiacich so zdravotným výkonom mi bol poskytnutý dostatočný čas. Všetky informácie mi boli poskytnuté v rozsahu, ako to vyplýva z poučení k jednotlivým zdravotným výkonom realizovaným Poskytovateľom dostupných na webe ambulancie a tiež v tlačenej forme priamo v čakárni Poskytovateľa.
- Svojim podpisom potvrdzujem, že som ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi, ktorý ma vyšetril nezatajil/a žiadne ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované. Potvrdzujem tiež, že som uviedol/a všetky lieky/ výživové doplnky, ktoré užívam a tiež všetky prípadné alergie, ktorými trpím. Beriem na vedomie, že zatajenie akéhokoľvek údaje o zdravotnom stave môže mať priame alebo nepriame dôsledky na vedľajšie účinky poskytnutia zdravotnej starostlivosti a v takomto prípade poskytovateľ nezodpovedá za škodu na zdraví. Mojou anamnézou (súbor informácií o mojom zdravotnom stave), z ktorej poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vychádza, sa považuje rozsah informácií v zdravotnej dokumentácii poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v čase podpisu tohoto dokumentu vo vzťahu k určitému zdravotnému výkonu.
- Vyhlásenie zákonného zástupcu: Týmto vyhlasujem, že som zákonným zástupcom nespôsobilého pacienta a že neexistuje žiadna právna prekážka k tomu, aby som za nespôsobilého pacienta udelil informovaný súhlas k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti. Vyhlasujem, že som bol pred udelením súhlasu poučený a boli mi poskytnuté všetky informácie v rozsahu, ako to vyplýva z vyššie uvedeného a z poučení k jednotlivým zdravotným výkonom realizovaným Poskytovateľom dostupných na webe ambulancie a tiež v tlačenej forme priamo v čakárni Poskytovateľa. Zároveň vyhlasujem, že mi Poskytovateľ umožnil klásť otázky k navrhovanému zdravotnému výkonu a na všetky mi Poskytovateľ patrične odpovedal. V danej veci preto nemám žiadne ďalšie otázky a v plnej miere poučení rozumiem. Pre zváženie všetkých rizík súvisiacich so zdravotným výkonom realizovaným môjmu dieťaťu mi bol poskytnutý dostatočný čas.
- Vyhlásenie nespôsobilého Pacienta: Týmto potvrdzujem, že mi Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti s ohľadom na môj vek a rozumovú vyspelosť vysvetlil všetky podstatné otázky týkajúce sa nižšie uvedeného zdravotného výkonu, ktorý mi má byť realizovaný.

Vysvetlenia obsahu stĺpcov:

Stĺpec 1: Dátum, kedy bol pacient poučený a kedy urobil svoje rozhodnutie (podpis v stĺpci 4 alebo 5) vo vzťahu k výkonu uvedenému v stĺpci č. 2.

Stĺpec 2: Názov zdravotného výkonu, vo vzťahu ku ktorému robí pacient svoje rozhodnutie.

Stĺpec 3: V časti 2 Informovaného rozhodnutia k prvýkrát realizovanému výkonu (založené v zdravotnej dokumentácii pacienta) sú uvedené lieky a výživové doplnky, ktoré pacient užíva, ako aj jeho alergie. Do stĺpca 3 je potrebné uviesť všetky zmeny, ktoré sú aktuálne v čase rozhodovania pacienta, či výkon podstúpi alebo nie. Ak ku žiadnym zmenám nedošlo, je riadok v stĺpci 3 preškrtnutý.

Stĺpec 4: Ak pacient po poučení s výkonom nesúhlasí, tak dáva svoj podpis do stĺpca č. 4. V takom prípade je potrebné preškrtnúť riadok v stĺpci č. 5.

Stĺpec 5: Ak pacient po poučení s výkonom súhlasí, tak dáva svoj podpis do stĺpca č. 5. V takom prípade je potrebné preškrtnúť riadok v stĺpci č. 4.

[illegible]

Vyhlásenia pacienta o obdržaní poučenia týkajúceho sa výkonu, ako aj vyhlásenie o jeho zdravotnom stave sú na prvej strane tohto dokumentu.