

**PODPISOVÝ LIST PRE ZAZNAMENANIE REALIZOVANIA POUČENIA O POSKYTOVANEJ ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI A O ROZHODNUTÍ PACIENTA, ČI SÚHLASÍ S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI**

Pacient: ¹

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Bydlisko:

E-mail:

Tel. č.:

Zákonný zástupca pacienta: ²

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Email:

Tel. č.:

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: ³

Obchodné meno: SLUŠNÁ AMBULANCIA, s. r. o.

Sídlo: ŠPÍTALSKÁ 13, 949 01 NITRA

IČO: 45633410

Web ambulancie: www.slusnaambulancia.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. k zdravotnej starostlivosti, ktorá mu má byť poskytnutá, pričom účel, spôsob a typ zdravotného výkonu o ktorom bol pacient poučený a vo vzťahu ku ktorému dal informované rozhodnutie vyplýva zo zápisu do zdravotnej dokumentácie pacienta.

Vyhlasenia pacienta/zákonného zástupcu pacienta k poskytovanej zdravotnej starostlivosti:

- Svojím 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/a možnosť vysvetliť svoj zdravotný problém a mal/a som možnosť klásť doplňujúce otázky a na všetky mi bolo zrozumiteľne odpovedané. V danej veci nemám žiadne ďalšie otázky a v plnej miere poučeniu rozumiem. Pre zváženie všetkých rizík súvisiacich so zdravotným výkonom mi bol poskytnutý dostatočný čas.
- Svojím 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.
- Vyhlasenie 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. 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 poučeniu rozumiem. Pre zváženie všetkých rizík súvisiacich so zdravotným výkonom realizovaným môjmu dieťaťu mi bol poskytnutý dostatočný čas.
- Vyhlasenie nespôsobilého Pacienta:** Týmto potvrdzujem, že mi Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti s ohľadom na môj vek a rozumovú vyspelosť vysvetlil všetky podstatné otázky týkajúce sa zdravotnej starostlivosti, ktorú mi poskytuje poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.

Vysvetlenia obsahu stĺpcov:

Stĺpec 1: dátum, kedy bol pacient poučený a kedy urobil svoje rozhodnutie (podpis v stĺpci 4 alebo 5) vo vzťahu k poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Stĺpec 2: je potrebné uviesť všetky lieky a výživové doplnky, ktoré pacient užíva, ako aj jeho alergie v čase rozhodovania o poskytnutí zdravotnej starostlivosti

Stĺpec 3: ak pacient po poučení s výkonom nesúhlasí, tak dáva svoj podpis do stĺpca č. 3. V takom prípade je potrebné preškrtnúť riadok v stĺpci č. 4.

Stĺpec 4: ak pacient po poučení s výkonom súhlasí, tak dáva svoj podpis do stĺpca č. 4. V takom prípade je potrebné preškrtnúť riadok v stĺpci č. 3.

Podpisový list:

1.	2.	3.	4.
Dátum a čas	Informácie od pacienta: Aké lieky beriem v čase poskytovania zdravotnej starostlivosti? Zmenil sa mi od poslednej návštevy zdravotný stav a lekár o tejto zmene nevie? Ak áno, uveďte to tu.	(podpis pacienta) Bol som poučený a s poskytnutím zdravotnej starostlivosti <u>NESÚHLASÍM</u>	(podpis pacienta) Bol som poučený a s poskytnutím zdravotnej starostlivosti <u>SÚHLASÍM</u>

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