



**SOUHLAS S POSKYTNUTÍM (vypsat konkrétně o jaký výkon jde)
VYŠETŘOVACÍHO, LÉČEBNÉHO
NEBO JINÉHO ZDRAVOTNÍHO VÝKONU**

Údaje o pacientovi:

Petra HODKOVÁ
925216/2975

poj.111 chor.315391

IKEM.KTCH.TCHL

event. (u nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům) zákonný zástupce pacienta nebo svědek, který byl přítomen projevu souhlasu (nemůže-li se pacient podepsat):

Jméno a příjmení: R.č.

Bydliště:

Důvody, pro něž pacient nemohl souhlas podepsat:

Cíl, povaha a postup při výkonu

Popis výkonu včetně upozornění na možné důsledky, bolestivost, omezení hybnosti, dobu hospitalizace ap.

Očekávaný přínos výkonu

Rizika a komplikace při výkonu

Alternativní možnosti výkonu

Doplňující otázky pacienta

(event. uvést, že pacient neměl doplňující otázky)

Informace o povaze onemocnění

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném vyšetření, léčebném postupu a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl též seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

Lékař, který pacienta poučil

7.6. '18

Datum

Jméno

Podpis

Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně seznámen(a) s veškerými shora uvedenými skutečnostmi, plánovaným vyšetřením, léčebným postupem včetně upozornění na možné komplikace. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl(a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření, léčebného postupu.

7.6. '18

datum

[Redacted Signature]

podpis pacienta
(zákonného zástupce, event. svědka)

Detailní informace o zpracování osobních údajů naleznete na webové stránce gdpr.ikem.cz