



[redacted] denia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

[redacted] nar. [redacted]

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnóza(y) (prípadne sa uvedie aj predoperačná diagnóza) \*

E 16,2

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príp. navrhovaný výkon:

akútna hosp.-susp.inzulínóm

Dolu podpísaný(á) [redacted]

potvrdzujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý ma

vyšetрил, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

v dokumentácii

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) zo strany ošetrojúceho lekára 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 (napr. endoskopický zákrok, operácie a pod.), ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou a ich vplyvu na kvalitu života.

Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti a možnosti informovaný súhlas odvolať. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť, mal som možnosť pýtať sa a bolo mi ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom zodpovedané vyčerpávajúcym spôsobom na všetky moje otázky, odpovediam som porozumel.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasím – nesúhlasím.

Zároveň Súhlasím – nesúhlasím s tým, aby v prípade ak si to vyžadujú okolnosti bol požiadaný ďalší zdravotnícky pracovník na konzílium.

V zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov určujem, aby o mojom zdravotnom stave bola informovaná osoba /uviesť meno, priezvisko, trvalý pobyt, telefonický kontakt/:

matka

Súhlasím - nesúhlasím\* s informovaním o svojom pobyte v zdravotníckom zariadení a mieste hospitalizácie bez obmedzenia.

Univerzitná  
nemocnica  
Martin

Podpis a pečiatka lekára

A89131001

2

Podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený so skutočnosťou, že Univerzitná nemocnica Martin je výučbovou základňou JLF UK a svojím podpisom súhlasím – nesúhlasím so svojou účasťou na výučbe klinických predmetov a prítomnosťou a aktívnou účasťou študentov JLF UK pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V Martine: dňa 24. 9. 2019 čas 7:19:45

Podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

\* nehodiace preškrtnúť