

**ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ**  
**INFORMOVANÝ NESOUHLAS s poskytnutím zdravotních služeb**

Jméno a příjmení pacienta: ..... r.č.: .....

Bydliště: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Poskytovatel zdravotních služeb: ..... IČO: 03341364

Název: PLDD MUDr. Iveta Svobodová

Adresa zdravotnického zařízení: Karla Čapka 13/1656, Šlapanice, 66451

Plánovaný výkon: .....

Prohlašuji, že mi byl sdělen a vysvětlen účel a povaha plánovaných zdravotních výkonů i možné alternativy zdravotnické služby, jakož i možné důsledky a rizika těchto výkonů i případné komplikace, které mohou během poskytování dané zdravotnické služby nastat, včetně možných následků odmítnutí ev. odložení potřebných zdravotních výkonů a že jsem těmto informacím porozuměl/a.

Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle i přes poskytnuté informace a vysvětlení nesouhlasím s provedením navrhovaných zdravotních výkonů. Toto své rozhodnutí činím poté, co jsem byla upozorněna na možné důsledky, které jsou s odmítnutím spojeny, zejména: .....

.....

Ve Šlapanicích dne: .....

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: .....

Podpis: .....

Za poskytovatele

Jméno a příjmení: .....

Podpis: .....

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže nebo odmítá podepsat:

Důvod: .....

Způsob projevu nevěle: .....

Svěddek: .....

Prohlašuji, že pacient (zákonný zástupce) odmítá poskytnutí zdravotní péče:

Podpis svědka: .....