

## ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

INFORMOVANÝ NESOUHLAS s poskytnutím zdravotních služeb - povinné očkování dle platných zákonných norem - Zákon č.258/2000 Sb.

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  
Očkování proti: .....  
Očkovací látka: .....

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: .....  
Svěděk: .....  
Prohlašuji, že pacient (zákonný zástupce) odmítá poskytnutí zdravotní péče:  
Podpis svědka: .....