



Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
(ďalej len „súhlas“)

I.

Identifikačné údaje osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť

Meno, priezvisko:

Trvale bytom (*ulica, číslo domu, mesto, PSČ*):

Rodné číslo:

Tel. č. / e-mail:

(pre prípad potreby predvolania na následné/kontrolné vyšetrenie)

Kód / názov zdravotnej poisťovne:

Názov všeobecného lekára pre dospelých / pre deti a dorast:

Kód očkovacieho miesta:

II.

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje pacienta:

.....
.....
.....
.....

III.

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

IV.

Informovaný súhlas pacienta

Dolu podpísaný/á

.....

potvrdzujem svojim podpisom, že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnosticko-liečebného výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska FNŠP Žilina.)



Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaného výkonu a o rizikách jeho odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Potvrdzujem svojim podpisom, že lekárovi, ktorý mi poskytuje zdravotnú starostlivosť, som nezatajil/a žiadne vážne ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované /doplniť, ak bolo/:

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnosticko-liečebným výkonom:

SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM.*

** nehodiace preškrtnúť*

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Bol/a som tiež poučený/á, že pre riadne poskytovanie zdravotnej starostlivosti mojím všeobecným lekárom pre dospelých/všeobecným lekárom pre deti a dorast mám povinnosť mu skutočnosť o vykonanom diagnosticko-liečebnom výkone oznámiť.

Pokiaľ by vyššie uvedený navrhovaný diagnosticko-liečebný výkon nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať vo FNsP Žilina bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedený výkon v iných zdravotníckych zariadeniach na vykonaní predmetného výkonu vo FNsP Žilina trvám a som pripravený/á vyčekať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Žiline dňa

čas hod.

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje
zdravotná starostlivosť
(prípadne jej zákonného zástupcu)