



## **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 pacienta:**

**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 deti a dorast:**

**Meno, priezvisko zákonného zástupcu:**

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

**Tel. č. / e-mail:**

**Kód očkovačieho miesta:**

### **II.**

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

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

### **III.**

#### **Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:**

Podanie očkovačej látky je v dvoch dávkach. Očkovačia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovačej 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 (*zákonný zástupca*)

.....



potvrďujem svojím podpisom, že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnosticko-liečebného výkonu, ktorý absolvuje maloletý/á za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Pisomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska FNsP Žilina.)

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

Potvrďujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť, som ako zákonný zástupca nezatajil/a žiadne vážne ochorenie maloletého/maloletej, pre ktoré sa v minulosti liečil/a, prípadne ktoré mu/jej 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 vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Žiline dňa .....

čas ..... hod.

.....  
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....  
podpis zákonného zástupcu osoby,  
ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť