



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. V prípade dodatočnej tretej dávky pre imunokompromitované osoby sa jedná o súčasť základnej očkovačej schémy. Posilňovacia tretia dávka vakcíny je odporúčaná pre imunokompetentné osoby najskôr po 6 mesiacoch po podaní základnej očkovačej schémy.



**IV.
Informovaný súhlas pacienta**

Dolu podpísaný/á (*zákonný zástupca*)

.....
potvrdzujem 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. 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 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.

Potvrdzujem 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 FNŠP Žilina bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedený výkon v iných zdravotníckych zariadeniach na vykonaní predmetného výkonu vo FNŠP 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