

ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB - REVERS - U NEZLETILÉHO PACIENTA

Upozornění: Jde-li o neodkladnou péči o nezletilého pacienta, poskytně se bez souhlasu zákonných zástupců, revers nelze v těchto případech přijmout.

Poskytovatel zdravotní služby:

Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Jméno, příjmení a bydliště zákonného zástupce:

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách:

Údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta:

Prohlašuji, že shora uvedené údaje mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny, těmito informacím jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky a nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Současně prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení odmítám vyslovit souhlas s poskytnutím potřebných zdravotních služeb nezletilému, jehož jsem zákonným zástupcem, s plným vědomím možných důsledků pro jeho život a zdraví.

Místo, datum a hodina:

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce:

Stanovisko nezletilého pacienta, je-li s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se:

Podpis nezletilého pacienta (vyžaduje-li se jeho stanovisko):

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl (u lékařské péče a lékařských výkonů vždy lékaře):

Tato část se vyplňuje jen pokud zákonný zástupce odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud zákonný zástupce odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že zákonný zástupce odmítl shora uvedené zdravotní služby, které měly být poskytnuty nezletilému a současně odmítl podepsat tento záznam - revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se zákonný zástupce nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se zákonný zástupce nemohl podepsat:

Způsob jak zákonný zástupce projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka: