

Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
se sídlem ul. Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem, IČ: 25488627, tel. 477 111 111
pracoviště Rumburk
Jiráskova 1378/4, 408 01 Rumburk, tel. 412 332 556

Radiologické oddělení

**Písemný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s poskytnutím
zdravotního výkonu:
vyšetření počítačovou tomografií (CT) bez podání kontrastní látky**

Pacient:

Jméno a příjmení:

R.č./datum narození

event. (u nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům): zákonný zástupce pacienta/rodiče pacienta, jedná-li se o zdravotní služby, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho život, nebyl-li předložen jiný dokument opravňující k podpisu jen jednoho z rodičů:

Jméno a příjmení:

R.č./datum narození

Bydliště

Vztah k pacientovi

Jméno a příjmení:

R.č./datum narození

Bydliště

Vztah k pacientovi

I. Informace o povaze onemocnění:

Diagnóza:

II. Informace o potřebném výkonu (označte ☒):

☐

léčebném výkonu

☐

diagnostickém výkonu

Očekávaný přínos výkonu a jeho účel:

Vážená paní/pane, máte právo být informován o svém zdravotním stavu a doporučené léčbě, včetně diagnostických výkonů, které mohou ovlivnit, jak budete léčen. V následujícím textu budete, pro Vás srozumitelným způsobem, poučen/a o navrhovaném CT vyšetření. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích vyšetření.

Vaším ošetřujícím lékařem Vám na základě Vašeho zdravotního stavu bylo doporučeno vyšetření na výpočetním tomografu (CT), které má přispět k objasnění příčiny Vašich obtíží.

Popis výkonu:

Tento diagnostický výkon používá RTG záření k zobrazení vnitřních orgánů.

Pokud jste těhotná, nebo si nejste jistá, prosím neprodleně informujte náš personál.

Datum a místo provedení výkonu:

Pracoviště Rumburk.

III. Rizika výkonu a možné důsledky (obecná, individuální):

Potencionální rizika: Nevýhodou vyšetření je fakt, že vystavuje pacienta expozici ionizujícího záření. Proto je vyšetření prováděno jen při odůvodněných případech.

IV. Alternativy výkonu:

Toto vyšetření pro Vás vybral Váš ošetřující lékař jako nejlepší. On tedy nese odpovědnost i za poučení o možných alternativách tohoto výkonu, které jsou možné, ale jím byly shledány pro Vás jako

méně přínosné (mezi možné alternativy vyšetření patří např.: vyšetření magnetickou rezonancí, rentgenové vyšetření, ultrazvukové vyšetření, nebo žádné vyšetření).

V. Odpovědi na doplňující otázky pacienta:

"Vyberte z následujících možností"

vložte text v případě, že pacient měl doplňující otázky

Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popř. jeho zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném diagnostickém výkonu, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o dalším postupu.

MUDr.

Datum:

Jméno a příjmení lékaře

Podpis lékaře

MUDr.

Datum:

Jméno a příjmení lékaře

Podpis lékaře indikujícího daný výkon

Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o plánovaném diagnostickém výkonu včetně upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující otázky (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením diagnostického výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života a zdraví. Všem u jsem porozuměl a s navrženým postupem souhlasím.

Datum:

podpis pacienta

podpis zákonného zástupce

Jména, příjmení a podpisy svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud není pacient schopen se podepsat

Jméno a příjmení

vztah k pacientovi

podpis

Jméno a příjmení

vztah k pacientovi

podpis

Důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a jakým způsobem projevil svou vůli