Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.
P. O. Box 35, Ondavská 8, 040 11 Košice

miesto na pečiatku ambulancie:

F-069 POUČENIE A PÍSOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....

Svojim podpisom potvrdzujem, že **odmietam – neodmietam**** zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas, byť informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Meno poučujúceho lekára: .....

Navrhovaný (plánovaný) **diagnostický postup/výkon:**

TEE vyšetrenie – transezofágová echokardiografia

Dole podpísaný(á) **potvrdzujem** svojim podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, **som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.**

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som **bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou**.

Bol(a) som tiež **poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.** Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Bol/a/ som poučený/á/ o hlavných možných rizikách a komplikáciach vyšetrenia najmä: podráždení sliznice hrtana alebo pažeráka, ktoré môže spôsobovať prechodnú bolestivosť pri hltaní a poranení / perforácii/ steny pažeráka. Prínos tohto vyšetrenia však vysoko prevyšuje riziko prípadných komplikácii, ktoré sú veľmi vzácne a vyskytujú sa iba v 1-3% prípadov.

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým postupom (resp. výkonom)

súhlasím - nesúhlasím**

a zároveň prehlasujem, že som mal možnosť klásť lekárovi doplňujúce otázky, ktoré mi boli zodpovedané. Bol som oboznámený so skutočnosťou, že v rámci poskytovaného výkonu (liečebného postupu) mi môže byť vykonaný aj iný (ďalší) výkon, pokiaľ by jeho nevykonanie ohrozilo bezprostredne môj zdravotný stav, s čím rovnako súhlasím (t.j. ak počas anestézie dôjde k náhlej zmene zdravotného stavu, ktorá bude vyžadovať prekročenie tohto oprávnenia, oprávňujem lekára na základe jeho profesionálneho rozhodnutia na vykonanie všetkých postupov na záchranu môjho zdravia alebo života). V prípade, že zmením svoj názor k navrhovanej liečbe (výkonu/postupu) a rozhodnem sa odvolať svoj súhlas, túto skutočnosť bezodkladne oznámim lekárovi.

Beriem na vedomie, že iba osoba(y) mojím rozhodnutím určená(é), bude(ú) informovaná o mojom zdravotnom stave, iným osobám ako mnou určeným, nebudú poskytnuté žiadne informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu. Určené osoby môžu byť vyzvané k preukázaniu totožnosti.

Týmto **súhlasím – nesúhlasím**** s prítomnosťou osôb, ktoré získavajú odbornú spôsobilosť k výkonu zdravotníckeho povolania (študenti medicíny a pod.) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti mojej osobe a rovnako nemám výhrady, aby prípadne nahliadali do mojej zdravotnej dokumentácie.

V Košiciach, dňa: ..... čas: .....

.....	.....
podpis a pečiatka lekára	podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť (prípadne osoby ňou určenej alebo jej zákonného zástupcu)

Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas:

.....

.....

V Košiciach, dňa: .....

---

* vyplní vyšetrujúci lekár v slovenskom jazyku
** nehodiace preškrtnúť