**negativní revers**

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

Razítko pracoviště

***A. Pacient vyšetřovaný/hospitalizovaný ve FN Motol (zákonný zástupce pacienta vyšetřovaného/ hospitalizovaného ve FN Motol) byl lékařem opakovaně poučen o svém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby jím zastupované):***

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...……

***B. Pacient (zákonný zástupce) byl lékařem opakovaně poučen o potřebě poskytnutí následujících zdravotních služeb:***

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...……

***C. Pacient (zákonný zástupce) byl lékařem opakovaně poučen, že odmítnutí potřebných zdravotních služeb podle bodu B. může mít pro jeho zdraví (pro zdraví osoby jím zastupované) zejména tyto následky:***

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...……

***Prohlášení pacienta (zákonného zástupce pacienta):***

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem opakovaně poučen/a o veškerých shora uvedených skutečnostech, zejména o svém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby mnou zastupované), o potřebě poskytnutí shora uvedených zdravotních služeb a o možných následcích jejich neposkytnutí. Uvedené skutečnosti mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. Nemám žádné další dotazy týkající se výše uvedeného poučení.

I přes poskytnuté poučení a vysvětlení tímto výslovně **odmítám** poskytnutí shora uvedených zdravotních služeb, vědom si možných následků pro můj zdravotní stav (zdravotní stav osoby mnou zastupované).

*Pro zákonného zástupce pacienta:*

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

……………………………………………………………………………………….…………..………………………………

V Praze, dne………………20…… v……………hod. ….…...…………….……..……………………..……

**Podpis pacienta[[1]](#footnote-1)\* /zákonného zástupce**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………………………….…………………….……

Datum narození: ……………………………………… Vztah k pacientovi: .....………….…….…….…….……………

**Podpisová doložka svědka:**

*Nemůže-li se pacient (zákonný zástupce) s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li revers podepsat, podepíše se společně s lékařem svědek, který byl projevu odmítnutí přítomen.*

…………………………………….…………………….…… ..………...……………………..……………………

Důvod nepodepsání Způsob, jakým pacient (zákonný zástupce) projevil vůli

…………………………………………………………….... ………...….….……………….……………………

Jméno a příjmení svědka Datum narození svědka

V Praze, dne………………20…… v……………hod. ….…...…………….……..……………………..……

**Podpis svědka**

***Prohlášení lékaře:***

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem   
a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, a umožnil/a jsem pacientovi/zákonnému zástupci pacienta klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které jsem zodpověděl/a. Pacientovi/zákonnému zástupci pacienta jsem opakovaně podal/a informaci o pacientově zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit pacientovo zdraví nebo ohrozit pacientův život. Pacienta/zákonného zástupce pacienta jsem srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o všech shora uvedených skutečnostech.

V Praze, dne………………20…… v……………hod. …………………………..……………..................

**Podpis a jmenovka lékaře**

1. \* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku (posuzuje lékař). U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta. [↑](#footnote-ref-1)