

Prohlášení o odmítnutí zdravotní péče pacientem (zákonným zástupcem pacienta)

Negativní revers

Zdravotnické zařízení: MUDr. Bártová s.r.o. IČ 28320395

Pracoviště: Neurologická ambulance

Lékař, který poskytl vysvětlení: MUDr. Eva Bártová

Pacient:

.....

.....

Jméno, příjmení, datum narození

Já, níže podepsaný tímto prohlašuji, že jsem byl dne.....v..... hodin poučen shora uvedeným lékařem o svém zdravotním stavu a potřebných výkonech. Byl jsem výslovně informován o tom, že v rámci řádné péče o mé zdraví je třeba, abych se podrobil:

.....

.....

.....

Lékař mi náležitě vysvětlil, že odmítání uvedené péče může mít závažné následky pro můj další život a zdravotní stav a zhoršení zdravotního stavu může vést až ke smrti.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych lékařem, který mi podával vysvětlení, kladl doplňující otázky a že jsem vysvětlení plně porozuměl.

Přes shora uvedené vysvětlení, které jsem plně pochopil a vzal na vědomí, prohlašuji, že nadále odmítám lékařem doporučenou zdravotní péči, a to:

.....

Toto při plném vědomí a zcela svobodně a vážně potvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

V Jihlavě dne.....

Vlastnoruční podpis pacienta :

.....

Poučení a náležité vysvětlení podal:

.....

Podpis lékaře: Podpis svědka:

.....

Pokud pacient odmítá potřebnou péči a současně odmítá podepsat revers:

Pacient vyslechl shora uvedené informace, odmítá uvedenou péči a odmítá tento revers podepsat. Svědkem náležitého poučení pacienta a jeho odmítnutí je: (jméno a příjmení), který svým podpisem potvrzuje, že pacient byl informován jak shora uvedeno a potřebnou péči odmítl; současně odmítl podepsat i tento revers.

.....

podpis svědka (svědků)