

## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍ SLUŽBOU (VÝKONEM) OČKOVÁNÍ

Pracoviště (oddělení): .....

Lékař: .....

Pacient: ..... rodné číslo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Trvalý pobyt: .....

Zákonný zástupce\*) / opatrovník\*): ..... rodné číslo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Trvalý pobyt: .....

Svěděk\*): ..... datum narození: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Já, níže podepsaný **pacient \*) / zákonný zástupce \*) / opatrovník \*)** tímto prohlašuji, že jsem byl dne \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
v \_\_\_\_ : \_\_\_\_ **hodin** srozumitelným způsobem informován shora uvedeným lékařem o **svém zdravotním stavu\*) /  
zdravotním stavu pacienta\*)** a o poskytnutí zdravotní péče spočívající v očkování:

Očkování proti (onemocnění či původce): .....
Očkovací látka (název léčivého přípravku): .....

/název a obsah zdravotního výkonu/

Dále odpovídám na níže uvedené otázky týkající se mého zdravotního stavu\*) / zdravotního stavu pacienta takto:

Jste alergický/á na vejíčka nebo kuřecí maso?	ANO	NE	Máte nyní průjem nebo zvýšenou teplotu?	ANO	NE
Jste alergický/á na konzervační roztok s Thiomersalem (kontaktní čočky)?	ANO	NE	Měl/jste v posledních 2 týdnech horečnaté onemocnění?	ANO	NE
Máte alergii na jinou látku?	ANO	NE	Užíval/a jste v posledních 14 dnech antibiotika?	ANO	NE
Vypište látky, na které jste alergický/á:					
Měl/a jste již dříve nepříznivou reakci na nějaké očkování?	ANO	NE	Po jakém očkování?		

/označte odpovídající variantu/

Dále prohlašuji následující:

1. že mi byla předána informace o možnosti poskytnutí výše uvedeného očkování a o důvodu jeho poskytnutí,
2. že jsem byl náležitě poučen o účelu, povaze a předpokládaném přínosu tohoto zdravotního výkonu,
3. že jsem byl náležitě poučen o možných důsledcích a rizicích tohoto zdravotního výkonu,
4. že jsem byl náležitě poučen o možných alternativách,
5. že jsem se s dostatečným předstihem důkladně seznámil s příbalovým letákem navržené očkovací látky obsahujícím veškeré údaje o dané očkovací látce,

6. že jsem poskytl úplné, pravdivé a aktuální informace **o svém zdravotním stavu\*) / o zdravotním stavu pacienta\*)**,
7. že mi nejsou známy žádné **zdravotní obtíže\*) / zdravotní obtíže pacienta\*)**, které by provedení očkování bránily,
8. že jsem byl poučen o nutnosti vyčkat 30 minut po aplikaci očkovací látky v čekárně z důvodu rizika možných vedlejších účinků očkování.

Já, níže podepsaný **pacient\*) / zákonný zástupce\*) / opatrovník\*)** prohlašuji, že mi byly lékařem vysvětleny důsledky odmítnutí výše uvedeného zdravotního výkonu pro **můj\*) / pacientův\*)** další život a zdraví.

Já, níže podepsaný lékař prohlašuji, že **pacientu\*) / zákonnému zástupci\*) / opatrovníku\*)** bylo umožněno klást mi doplňující otázky, na které jsem mu sděloval náležitá vysvětlení.

Já, níže podepsaný **pacient\*) / zákonný zástupce\*) / opatrovník\*)** prohlašuji, že mi bylo umožněno klást lékaři, který mi sděloval vysvětlení, doplňující otázky, a že jsem vysvětlením plně porozuměl.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost svobodně se rozhodnout a zvolit si postup / alternativu při poskytování výše uvedené zdravotní služby; současně jsem měl(a) možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného zdravotního výkonu

**s o u h l a s í m.**

Zároveň prohlašuji, že mi bylo podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zdravotních výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ústí nad Labem, dne \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ v \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hodin.

\_\_\_\_\_  
/vlastnoruční podpis pacienta/

\_\_\_\_\_  
/vlastnoruční podpis zákonného zástupce/opatrovníka/

\_\_\_\_\_  
/vlastnoruční podpis lékaře provádějícího poučení/

Já, níže podepsaný svědek prohlašuji, že **pacient\*) / zákonný zástupce\*) / opatrovník\*)** byl výše jmenovaným lékařem náležitě informován ve výše uvedeném rozsahu a přesto navrhaný výše jmenovaný zdravotní výkon nadále odmítá a současně odmítá podepsat toto Prohlášení.

\_\_\_\_\_  
/vlastnoruční podpis svědka/

\*) vyberte a označte odpovídající variantu