

## PROHLÁŠENÍ O ODMÍTNUTÍ OČKOVÁNÍ (TZV. NEGATIVNÍ REVERS)

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** opakovaně 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/

A současně mi objasnil, že odmítnutí výše uvedené zdravotní péče může mít pro můj další život, zdraví a zdravotní stav tyto následky:

/následky, nežádoucí účinky a komplikace, pokud jsou známy, a další závažné důsledky odmítnutí výše uvedeného zdravotního výkonu/

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.

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.

Přes výše uvedené vysvětlení, které jsem plně pochopil a vzal opakovaně na vědomí, prohlašuji s vědomím všech výše uvedených nepříznivých důsledků včetně rizika ohrožení mého života nebo zdraví, že  
**provedení výše uvedeného zdravotního výkonu nadále odmítám.**

Toto rozhodnutí činím při plném vědomí, vážně, na svoji plnou zodpovědnost, zcela svobodně a bez nátlaku, což potvrzuji svým vlastnoručním podpisem:

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