	Formuláre F/LPS -148		Vydanie č.:	5
	Poučenie a informovaný súhlas pacienta		Zmena č.:	0
			Účinnosť od:	25.5.2018
	Prvok normy:	ISO 9001 7.5.1	Strana:	1/2

Názov kliniky, oddelenia, ambulancie: II. Gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a UNB.

Nemocnica: Nemocnica Ružinov, UNB BA

Poučenie a informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

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

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby, prípadne vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, nové prejavy ochorenia osoby bola(i) určená(é) diagnóza(y) (prípadne sa uvedie aj predoperačná diagnóza)*:

Pôrodné bolesti alebo

Predčasný odtok plodovej vody

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príp. navrhovaný výkon (uviesť presný druh a rozsah operačného výkonu alebo iného diagnosticko-liečebného výkonu a ich komplikácie)*:


Prečítala som si priloženú informáciu o priebehu pôrodu. Údajom v nej som plne porozumela, lekár v poradni so mnou prebral všetky možnosti priebehu a prípadné komplikácie, poučeniu som porozumela. Všetky potrebné opatrenia počas pôrodného deja mi budú vysvetlené a objasnené a mám právo ich odmietnuť. Som si vedomá, že si môžem pripraviť dopredu svoje pôrodné prania (pôrodný plán), ktorý prikladám k informovanému súhlasu. V prípade, že bude akútne ohrozené zdravie dieťaťa alebo mňa budem o tom informovaná a môj pôrodný plán nemusí byť plne v týchto prípadoch rešpektovaný.

Dolu podpísaný(á) potvrdzujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, na ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplniť závažné anamnestické údaje):

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe svojho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov (napr. endoskopický zákrok, operácia, vrátane použitia potrebných liekov, zdravotníckeho materiálu, transfúzie krvi a pod.), 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.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom bezvýhradne súhlasím – nesúhlasím.**

 UNIVERZITNÁ NEMOCNICA BRATISLAVA	Formuláre F/LPS -148		Vydanie č.:	5
	Poučenie a informovaný súhlas pacienta		Zmena č.:	0
			Účinnosť od:	25.5.2018
	Prvok normy:	ISO 9001 7.5.1	Strana:	2/2

Zároveň dávam súhlas, aby o údajoch, týkajúcich sa môjho zdravotného stavu boli informované nasledovné osoby (uviesť meno, priezvisko, adresa alebo tel. číslo): **

Zároveň vyjadrujem nesúhlas s tým, aby o údajoch týkajúcich sa môjho zdravotného stavu bola informovaná tretia osoba. **

Bol(a) som tiež poučený(á) o zhotovení obrazovej dokumentácie a jej následnom použití pri zdravotných výkonoch, na vedecké účely a vzdelávaciu činnosť. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Vyjadrujem súhlas / nesúhlas** so zhotovením obrazovej dokumentácie a jej následnom použití pri zdravotných výkonoch.

Vyjadrujem súhlas / nesúhlas** so zhotovením obrazovej dokumentácie a jej následnom použití na vedecké účely- vzdelávaciu činnosť.

Dovoľujeme si Vás informovať, že Vaše osobné údaje spracúvame na základe a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa čas

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis pacienta (prípadne zákonného zástupcu)

* vyplní ošetrojúci lekár v slovenskom jazyku

** nehodiace sa preškrtnúť