Příjmení a jméno pacienta: …………………………………….........................................................................

Rodné číslo…………………………………bytem…………………………….…………………………

Vážená paní/vážený pane,

*Prosíme Vás, abyste si pozorně přečetl/a následující informace a stvrdil/a svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil/a a dáváte souhlas k výkonu.*

*Pokud Vám nebude něco jasné, obraťte se na ošetřujícího lékaře, který Vám rád podá podrobnější vysvětlení.*

**Cíl a povaha výkonu: provedení očkování proti infekční žloutence typu B ve 4 cyklech z důvodu převzetí do chronického programy dialyzační léčby**

Základní varianta: základní očkovací látka FENDRIX inj. Sus. 0,5 ml

Ekonomicky náročnější varianta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vakcína je aplikována:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Možná rizika a komplikace při provádění výkonu:**

Po očkování se mohou dostavit nejčastěji tyto nežádoucí účinky: horečka či zvýšená teplota, podrážděnost, nechutenství, bolest hlavy, pocit na zvracení, zvracení, závrať,průjem,bolesti svalů a kloubů, bolest v místě vpichu.

Vzácně: vyrážka, svědění, kopřivka, myalgie a artralgie

**Právo odmítnout navrhované vyšetření:**

Po rozhovoru s lékařem máte právo nesouhlasit s navrhovaným výkonem. Pokud souhlas nebude dán, lékař Vám vysvětlí možné následky odmítnutí a učiní písemný záznam, který oba podepíšete.

**Souhlas pacienta:**

Při plném vědomí a nikoli v tísni stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a uvedeným lékařem podrobně a srozumitelně informován/a a poučen/a o povaze svého onemocnění a aktuálním zdravotním stavu, o plánovaném výkonu a všech souvisejících skutečnostech, zejména o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, o možných alternativách a možnosti jejich výběru, postupech, následcích, komplikacích a možných rizicích a problémech, které mohou nastat v procesu uzdravení, o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti pro provedení zdravotního výkonu, o charakteru a o očekávaném výsledku vyšetření. Byl/a jsem rovněž upozorněn/a na eventuelní nutnost výkon rozšířit nebo modifikovat v závislosti na aktuálním stavu a okolnostech. Souhlasím s tím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života, byly provedeny veškeré další potřebné výkony nutné k záchraně mého života. Před poskytnutím zdravotní péče mi byla nabídnuta zdravotní péče v základní variantě, a byl jsem rovněž informován/a o možnostech poskytnutí zdravotní péče s doplatkem v ekonomicky náročnější variantě. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, porozuměl/a jsem mu a nemám další dotazy.

**Souhlasím s provedením výše jmenované zdravotní péče**

* **v základní variantě hrazené z veřejného zdravotního pojištění**

**🞏 v ekonomicky náročnější variantě, stanovené v souladu s ceníkem nemocnice**

**Prohlašuji, že této nabídce varianty péče rozumím a rozhodl/a jsem se pro poskytnutí zdravotní péče v ekonomicky náročnější variantě. Souhlasím se zaplacením částky ve výši ………….…. Kč, která představuje rozdíl mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě hrazené z veřejného zdravotního pojištění.**

**Souhlasím, pokud to moje následující léčení vyžaduje, s předáváním nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením, zdravotním pojišťovnám v rozsahu a k účelům, které povolují platné právní předpisy.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že jsem plně srozuměn/a s navrženým postupem.**

**Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o svém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí.**

**V Boskovicích dne**

 Podpis pacienta nebo zákonného zástupce/opatrovníka

**Prohlášení lékaře provádějícího poučení:**

**Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (jeho zákonného zástupce/opatrovníka) srozumitelným způsobem informoval/a o povaze onemocnění, o povaze zdravotního výkonu včetně alternativních možností a všech ostatních shora uvedených skutečnostech.**

**Pacientovi jsem před poskytnutím zdravotní péče nabídl zdravotní péči v základní variantě hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a současně byl informován o možnostech poskytnutí zdravotní péče s doplatkem v ekonomicky náročnější variantě.**

**V Boskovicích dne ………….**

Poučení provádějící lékař (jméno, příjmení, titul)