

ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- REVERS -

Poskytovatel zdravotní služby: OPL, spol. s r.o., Nábřeží 114, Hrochův Týnec 53862

Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách:

Údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta:

Prohlašuji, že shora uvedené informace mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny, těmto informacím jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky a nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Současně prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedené potřebné zdravotní služby odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

Místo, datum a hodina:

Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl (u lékařské péče a lékařských výkonů vždy lékaře):

Tato část se vyplňuje jen pokud pacient odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud pacient odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že pacient odmítl shora uvedené zdravotní služby a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se pacient nemohl podepsat:

Způsob jak pacient projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka: