

## Informovaný souhlas - Odběr krve k vyšetření protilátek

Odběr krve HIV

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. Na základě Vašeho aktuálního stavu Vám bylo lékařem doporučeno vyšetření protilátek proti HIV

Jméno a příjmení pacienta: .....

						/				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka (nezletilí a nespěprávní pacienti):

.....

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 zdravotního výkonu. Měl/a jsem možnost ptát se lékaře na všechno, co mně ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.

**S provedením výše uvedeného výkonu SOUHLASÍM/NESOUHLASÍM**

V Dačicích dne .....

.....

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....

Podpis zdravotnického pracovníka

---

Potřebné údaje byly poskytnuty pacientovi i zákonnému zástupci. Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí.