



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
IČO: 00179906

.....
pracoviště

NEGATIVNÍ REVERZ
NESOUHLAS PACIENTA/TKY S VYŠETŘENÍM – LÉČENÍM

Pacient/ka má právo odmítnout vyšetření či léčbu a být současně informován/a o zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Pacient/ka:

- jméno a příjmení pacienta/tky, titul:
.....
- rodné číslo, zdravotní pojišťovna:
.....
- diagnóza, pro kterou je léčen/a či hospitalizován/a: (popište česky a srozumitelně)

- Oddělení:

- Lékař/ka provádějící poučení

Poučení:

- lékařský úkon, kterého se reverz týká:

- informace o možnosti zhoršení zdravotního stavu či o možnosti ohrožení života, související s odmítnutím léčby (informace musí být podána co možná nejpodrobněji a srozumitelně, s ohledem na schopnost pacienta tuto informaci přijmout a pochopit).

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby i o důvodech shora uvedeného výkonu, včetně všech rizik či komplikací, ke kterým může dojít v důsledků mého odmítnutí. Výkon mi byl vysvětlen a přesto odmítám vyšetření – léčbu* s tím, že si jsem plně vědom/a možných důsledků poškození zdraví či smrti. Vysvětlení jsem porozuměl/a a vzal/a jej na vědomí.

Datum: hod:

*Poznámka: nehodící škrtněte

.....
Podpis pacienta/ky

.....
Podpis rodinného příslušníka:

.....
Podpis ošetř. lékaře:

.....
Podpis ved. lékaře:

.....
Podpis nelékařského zdravotního pracovníka :