

Pracoviště (klinika, oddělení):

Dermatovenerologická klinika

Pacient:

Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození*, číslo pojištění, kód zdravotní pojišťovny

Dnešního dne jsem byl/a lékařem poučen/a o povaze svého onemocnění a o prognóze dalšího vývoje mého zdravotního stavu:

Diagnóza/ podezření na diagnózu:

Zároveň jsem byl/a poučen/a o povaze zdravotního výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Ošetření cévním laserem

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Odstranění kožních útvarů cévním laserem

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

Nejsou nebo jen mírná bolestivost v místě ošetření
Zarudnutí v místě ošetření, které obvykle zmizí do druhého dne
Vznik puchýřků, stroupků, pigmentací

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Vyléčení (odstranění projevu) nebo zlepšení zdravotního stavu

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Lékař zkontroluje ošetřovanou oblast kůže.
Pacient si po celou dobu ošetření chrání oči ochrannými brýlemi
Lékař cévním laserem postupně ošetří celou plochu, ošetření může trvat několik sekund až minut dle velikosti

Byl/a jsem poučen/a, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Místní, celková nebo chirurgická léčba
Ponechat útvar na kůži

Vzal/a jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:**

Odstraněný útvar nebude pacienta nadále obtěžovat
Menší bolestivost, rychlejší hojení, lepší kosmetický výsledek oproti běžným chirurgickým metodám

ale současně tyto **nevýhody:**

Mírná bolestivost v místě ošetření
Ošetření cévním laserem je třeba v některých případech opakovat
Některá ošetření nejsou hrazena ze zdravotního pojištění, pokud se jedná pouze o kosmetický výkon

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

Poškození zraku (předchází se mu použitím ochranných brýlí)
Vznik jizvy
Poruchy pigmentace

Byl/a jsem také poučen/a o **dalším léčebném režimu**, resp. **preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu, jakož i o nutnosti **kontrolních zdravotních výkonů:**

Po ošetření je nutná ochrana před ultrafialovým zářením (slunečním i v soláriu) krémy s ochranným faktorem
Pokud vzniknou puchýřky nebo stroupky, ponechat je na místě a nestrhávat
Nutnost kontrol a dalších případných ošetření dle objednání lékařem
V případě komplikací (např. horečka, otok, zarudnutí, silná bolestivost) kontrola ihned i bez objednání

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

Není omezení v pracovní schopnosti

Pracuje-li pacient s velkou fyzickou námahou a v prašném prostředí, pak krátkodobá pracovní neschopnost

Možná **změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti** v důsledku zdravotního výkonu:

Nepředpokládá se

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, o zdravotním výkonu** a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Beru na vědomí, že předpokládaného následku a prospěchu uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl/a** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu.**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta/ky
nebo jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

.....
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uvede se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

.....
Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

vlastnoruční podpis svědka: