

Pracoviště (klinika, oddělení): _____

Lékař, který provedl poučení: _____

Pacient: _____

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

Diagnóza (zdravotní stav pacienta): _____

Navrhovaná zdravotní služba (vyšetření, hospitalizace, druh zdravotního výkonů): _____

Já, níže podepsaná/ý matka **, otec **, opatrovník ** pěstoun ** pacienta prohlašuji, že jsem byl/a spolu s dítětem dne _____, v _____ hod. výše uvedeným lékařem Fakultní nemocnice Bulovka seznámen/a se zdravotním stavem dítěte a s nutností (vhodností) výše uvedené zdravotní služby – hospitalizace a že byl zjištěn názor dítěte způsobem přiměřeným rozumové a volní vyspělosti jeho věku.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možných negativních následcích v případě, že uvedený zdravotní výkon nebude proveden, tj.

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost klást otázky, na které se mi dostalo řádné vysvětlující odpovědi.

Přes shora uvedené poučení, kterému jsem plně porozuměl/a, a vzal/a jej na vědomí, prohlašuji, že i nadále odmítám lékařem navržený zdravotní výkon ** – hospitalizaci. **

Prohlašuji, že toto rozhodnutí jsem učinil/a zcela svobodně a vážně při plném vědomí a na důkaz toho připojuji vlastnoruční podpis.

Změním-li stanovisko, oznámím tuto skutečnost lékaři.

V Praze, dne _____, v _____ hod.

_____ *jméno a příjmení, trvalé bydliště a číslo OP podepisujícího zákonného zástupce*

_____ *podpis zákonného zástupce dítěte*

_____ *jménovka a podpis lékaře*

Jako svědek prohlašuji, že zákonný zástupce a pacient byl řádně informován o výše uvedených skutečnostech, přesto zákonný zástupce pacienta odmítá doporučenou zdravotní službu, což projevil takto: _____ a současně odmítá podepsat tento revers, a to z tohoto důvodu _____.

_____ *jméno svědka a datum narození*

_____ *podpis svědka*

*) datum narození se uvádí u cizinců, kterým nebylo přiděleno rodné číslo,

**) zaškrtněte variantu