

Pracoviště (klinika, oddělení): _____

Pacient: _____

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

Zákonný zástupce nezletilého / opatrovníka osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům:

Jméno, příjmení, rodné číslo, vztah k pacientovi _____

Prohlašuji, že:

1. v souvislosti s operačním výkonem jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o tom, že v době léčby pooperačního stavu může nastat situace, kdy nebudu schopen/na se z důvodu zdravotního stavu vyjádřit k léčbě a lékař současně shledá jako nezbytné před bezprostředním ohrožením mého života, zdraví nebo bezpečnosti použít některé z těchto omezovacích prostředků – ochranné pásy nebo kurty (před pádem) a/nebo psychofarmaka (ke zvládnutí a zmírnění bolesti) a to i opakovaně, v přímé souvislosti s léčbou mého pooperačního stavu;
2. lékař/ka mi poskytl/a informace o průběhu omezení tak, že omezovací prostředky budou použity jen na dobu nezbytně nutnou určenou lékařem, po celou dobu omezení budu pod dohledem zdravotnického pracovníka a vše bude zaznamenáno do mé zdravotní dokumentace;
3. jakmile mi zdravotní stav umožní vyjádřit se k léčbě, budu informován/a o ukončení omezení a o průběhu použití omezovacích prostředků;
4. jsem měl/a možnost klást lékaři doplňující otázky a na otázky mi bylo řádně odpovězeno;
5. jsem plně porozuměl/a výše uvedeným informacím a **souhlasím s použitím omezovacích prostředků**, pokud o jejich použití na ochranu před bezprostředním ohrožením mého života, zdraví nebo bezpečnosti, v přímé souvislosti s mým pooperačním stavem, rozhodne lékař, a to na dobu nezbytně nutnou:
☐ ochranné pásy nebo kurty
☐ psychofarmaka
6. beru na vědomí, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V Praze, dne _____, čas _____

podpis pacienta / zákonného zástupce

jmenovka, podpis lékaře

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