

Зразок

Назва та адреса постачальника медичних послуг:

.....

Інструкція та інформована згода пацієнта відповідно до § 6 Закону № 576/2004 Зб.

Ім'я, прізвище та дата народження осіб, яким медичне обслуговування буде надано

.....

На підставі огляду вищезазначеної особи з приводу нових труднощів або нових форм захворювання діагноз(и) встановлено (або буде також поставлений доопераційний діагноз)*

.....

.....

Запропонована (запланована процедура діагностики-лікування або запропонована процедура, наприклад хірургічна, ендоскопічна та інша *

.....

.....

Підписаний(а) нижче підписом підтверджую, що я не приховував(а) від лікаря, який мене оглядав, жодних серйозних захворювань, від яких я лікувався(лася) в минулому або які були діагностиковані в минулому (у разі потреби доповнення анамнестичних даних):

.....

.....

Водночас підтверджую своїм підписом, що під час сьогоднішнього медичного огляду мені повідомлено про характер мого захворювання, причину, мету та спосіб і можливості надання мені медичної допомоги, у тому числі діагностичних чи лікувальних процедур, якщо необхідні медичні процедури (наприклад ендоскопічна хірургія, операція тощо), а також можливі наслідки та можливі ризики, пов'язані із запропонованою медичною допомогою.

Мене також проінструктували про можливі варіанти пропонованих процедур, а також про ризики відмови від надання медичної допомоги. Інструкція була дана мені чітко, уважно, без примусу, з можливістю та часом вільно вирішувати.

Підтверджую своїм підписом, що із запропонованою процедурою лікування я згоден(а) – не згоден(а). **

М. дата: час:

.....

Підпис та відбиток печатки лікаря

.....

підпис особи, якій надається

медична допомога

або його законного представника

* заповнюється лікуючим лікарем словацькою мовою

** викреслити те, що не підходить