

# Nesouhlas s léčebným úkonem

(stává se součástí chorobopisu)

**Jméno a příjmení pacienta :**

**Rodné číslo :**

*Druh péče, výkonu, vyšetření, se kterým pacient vyjadřuje nesouhlas:*

## Přesný obsah poučení a vysvětlení

## Možné komplikace a rizika

**Datum a hodina:**

***Jméno a podpis lékaře, který  
poučení a vysvětlení poskytl:***

**Já pacient (zákonný zástupce), na základě tohoto poučení a vysvětlení, s možností odpovědi na všechny mé otázky, prohlašuji, že beru na vědomí, že neprovedení doporučeného výkonu, vyšetření nebo dané péče může:**

- zhoršit můj zdravotní stav,
- narušit průběh léčebného procesu,
- vést k vážným komplikacím s rizikem poškození organismu až následné smrti.

**O uvedených možných následcích jsem byl opakovaně informován.**

**Přes shora uvedené poučení, které jsem plně pochopil a vzal na vědomí, prohlašuji, že nadále odmítám doporučenou zdravotní péči. Toto prohlášení činím zcela svobodně a vážně při plném vědomí a stvrzuji ho svým vlastnoručním podpisem.**

**Datum:**

***Podpis pacienta (zákon. zástupce):***