

Jméno a příjmení:

Adresa:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb

REVERZ

Razítko pracoviště:

Datum:

Čas:

Potvrzuji svým podpisem, že jako pacient uvedené nemocnice odmítám poskytnutí doporučených zdravotních služeb. Byl jsem **opakovaně** dostatečně informován o svém zdravotním stavu a o možných následcích svého rozhodnutí.

Bylo mi umožněno klást otázky, na položené otázky bylo odpovězeno. Podaným informacím jsem porozuměl.

Jsem si plně vědom, že tento můj postoj může vážně poškodit mé zdraví nebo ohrozit můj život.

Byl jsem poučen, že se v případě potřeby mohu kdykoliv do nemocnice vrátit.

pacient

jmenovka a podpis sestry

jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře