

POSKYTOVATEĽ ZS :



Nemocnica s poliklinikou Ilava, n.o.  
L.Štúra 388/3  
01901 Ilava

## Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....rodné číslo: .....

bydlisko (ulica, čís.domu, miesto, PSČ): .....

.....

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): .....

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

.....  
.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúca bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dolu podpísaný/á .....

potvrdzujem svojim podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska NsP Ilava,n.o..

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovanými diagnostickými výkonmi súhlasím – nesúhlasím.\*  
Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na NsP Ilava, n.o. bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť

vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na NsP Ilava, n.o. trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V .....dňa .....čas .....

.....

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorej sa poskytuje

zdravotná starostlivosť

(prípadne jej zákonného zástupcu)

\* nehodiace preškrtnúť