Informovaný souhlas pacienta(tky)

Canisterapie

Vážená paní, Vážený pane,

ve Fakultní nemocnice Ostrava (FNO) probíhá canisterapie (terapie za účasti psa) v rámci canisterapeutického programu. Tento program spočívá v návštěvách canisterapeutů se speciálně vycvičenými psy pro canisterapii, při kterých se pacienti mohou do tohoto dění aktivně zapojit. Aktivity jako např. hlazení, hra, relaxační polohování jsou zajišťovány prostřednictvím speciálně vyškolených odborníků a zvířat.

Při kontaktu se psem během asistence stoupá hladina endorfinu (hormonu štěstí) nejen u člověka, ale také u psa, což dokazuje, že kontakt je příjemný pro obě strany. Canisterapie může zlepšit Vaši fyzickou i psychickou kondici, přinést radost a relaxaci, zlepšit kvalitu Vašeho života a aktivizovat Vás.
Rádi bychom Vám nabídli účast na tomto programu ke zpestření času tráveného v nemocnici. Svůj souhlas můžete kdykoliv odvolat a programu se dále nebudete účastnit.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	

Plánovaný výkon:

Canisterapie

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

- **Prohlašuji, že nejsem alergický/á na psí srst, ani netrpím strachem ze psů.**
- **Souhlasím s účastí na canisterapeutickém programu, v rámci něhož se dostanu do kontaktu se psy vycvičenými pro canisterapii**.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi(tce) a ten (ta) projevil(a) vůli účastnit se canisterapeutického programu.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s účastí na canisterapeutickém programu.

V Ostravě dne: _____

_____
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka

V případě, že se pacient(tka) nemůže podepsat:

Důvod: _____

Způsob projevu souhlasu: _____

Svědek: _____ _____
jméno a příjmení podpis svědka