

Prohlášení o odmítnutí vyšetření - MAMOGRAFIE

(NEGATIVNÍ REVERS)

Pacient: RČ:

Bydliště:

Zákonný zástupce pacienta/opatrovník: *) RČ:

Bydliště:

Lékař (jméno, příjmení a prac. zařazení):

Pracoviště FN Ostrava:

Lékař mi náležitě vysvětlil, že pokud budu nadále odmítat MAMOGRAFII, může to mít pro můj další život, zdraví a zdravotní stav následující následky:
Nebude včas odhaleno zhoubné onemocnění prsu, protože sonografie není dostatečně citlivou metodou pro detekci mikrokalcifikací, jako známky karcinomu in situ.

Dále mi bylo podrobně vysvětleno, že včasné odhalení karcinomu zvyšuje šanci pacienta na uzdravení.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych lékařem, který mi podával vysvětlení, kladla doplňující otázky.

Po výše uvedeném poučení prohlašuji, že jsem všem údajům rozuměla a s vědomím všech nepříznivých důsledků, včetně rizika ohrožení mého života nebo zdraví, DOPORUČENÝ ZPŮSOB VYŠETŘENÍ ODMÍTÁM.

Toto rozhodnutí činím svobodně a bez nátlaku a na svoji plnou zodpovědnost

V Ostravě, dne v hodin.

.....
vlastnoruční podpis pacienta

.....
vlastnoruční podpis zák. zástupce (opatrovníka)

.....
vlastnoruční podpis lékaře provádějícího poučení