

Інформована згода пацієнта / *Informovaný souhlas pacienta(tky)*

Із запланованим втручанням:

S plánovaným výkonem:

Шановна пані, Шановний пане, / *Vážená paní, Vážený pane,*

Оскільки Ви, як дієздатна особа, приймаєте важливу роль у запланованій для Вас діагностиці та лікуванні, Ви маєте невід'ємне право бути детально поінформованим(ою) про ці процедури, перш ніж будете приймати рішення.

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Виходячи з вашого поточного стану здоров'я, Ваш лікар призначив вищевказану процедуру.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován výše uvedený výkon.

Мета, характер, очікувана користь, наслідки та можливі ризики запланованої медичної процедури:

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:

Альтернатива запланованої процедури, можливість вибрати одну з альтернатив:

Alternativa plánovaného výkonu, možnost zvolit si jednu z alternativ:

Можливі обмеження нормального способу життя та працездатності після відповідної медичної процедури та можливі зміни стану здоров'я:

Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti:

Інформація про режим лікування та профілактичні заходи, а також про проведення контрольних медичних процедур:

Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

Ідентифікаційні дані пацієнта: / *Identifikační údaje pacienta(tky):*

Прізвище: <i>Příjmení:</i>		Ім'я: <i>Jméno:</i>		Академічний титул: / <i>Titul:</i>		Особистий ідент. номер: <i>RČ:</i>	
-------------------------------	--	------------------------	--	---------------------------------------	--	--	--

Ідентифікаційні дані законного представника, опікуна: / *Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:*

Прізвище: <i>Příjmení:</i>		Ім'я: <i>Jméno:</i>		Академічний титул: / <i>Titul:</i>		Особистий ідент. номер: <i>RČ:</i>	
-------------------------------	--	------------------------	--	---------------------------------------	--	--	--

Запланована процедура: / *Plánovaný výkon:*

--

Роз'яснювальну бесіду провів:

Vysvětlující pohovor provedl:

--

ідентифікація та підпис лікаря
identifikace a podpis lékaře

Я заявляю, що я прочитав цю інформовану згоду та що лікар мені повідомив і пояснив:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a), a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- мету, характер, очікувану користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури,
účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- чи має запланована медична процедура альтернативу і чи маю я можливість обрати одну з альтернатив,
zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- можливі обмеження нормального способу життя та працездатності після відповідної медичної процедури та можливі зміни працездатності та наслідки для здоров'я внаслідок непроведення запланованої процедури,
možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu,
- інформацію про режим лікування та профілактичні заходи, а також про проведення контрольних медичних процедур.
údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

У разі, якщо я є законним представником неповнолітнього пацієнта, пацієнта, позбавленого дієздатності, або пацієнта з обмеженою дієздатністю, я підтверджую своїм підписом, що вищенаведена інформація була надана також пацієнту у відповідному помірному обсязі і формі.

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).

Після того, як я мав(ла) можливість задати додаткові запитання та запитати про все, що я вважаю важливим, і лікар на мої запитання відповів, я заявляю, що повністю зрозумів(ла) надану інформацію та пояснення, вважаю, що мене було поінформовано достатньо і з власної волі та на основі наданої інформації даю згоду на виконання запропонованої медичної процедури.

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 provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Далі я заявляю, що я правдиво поінформував (поінформувала) лікуючого лікаря про стан мого здоров'я на сьогоднішній день, включаючи інформацію про інфекційні захворювання, медичні послуги, що надаються іншими постачальниками, вживання лікарських засобів, включаючи вживання речовин, що викликають звикання, та інші факти, що стосуються надання медичних послуг, і я не приховував (приховувала) жодних обставин свого стану здоров'я, які є перешкодою для виконання процедури або можуть бути в будь-якому зв'язку з виникненням ускладнень.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Мені пояснили, що у разі несподіваних ускладнень, які потребують невідкладних подальших заходів для порятунку мого життя чи здоров'я, ці заходи будуть виконані.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

м. Острава, дата:

V Ostravě dne:

.....
підпис пацієнта, законного представника, опікуна
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka

У випадку, коли пацієнт не може підписатися: / *V případě, že se pacient(tka) nemůže podepsat:*

Причина:

Důvod:

Спосіб вираження згоди:

Způsob projevu souhlasu:

Свідок:

Svěddek:

.....
ім'я та прізвище
jméno a příjmení

.....
підпис свідка
podpis svědka