

ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB – REVERS – U NEZLETILÉHO PACIENTA

Poskytovatel zdravotní služby:

Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Jméno, příjmení a bydliště zákonného zástupce:

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách:

Zákonný zástupce pacienta byl poučen o povinnosti očkování nezletilého pacienta, která je stanovena zákonem. Byl poučen o možných následcích neprovedení očkování proti, zejména o tom, že v případě neprovedení očkování mohou nastat následky uvedené dále.

Byl poučen o skutečnosti, že odmítnutí povinného očkování může být oznámeno orgánu sociálně právní ochrany dětí v místě trvalého pobytu nezletilého pacienta, jakož i o tom, že důsledkem odmítnutí může být nepřijetí do předškolního zařízení, na dětské tábory apod.

Údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta:

Zákonný zástupce vzal na vědomí, že neprovedení povinného očkování proti může mít pro nezletilého pacienta následující zdravotní následky:

Prohlašuji, že shora uvedené údaje mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny, těmito informacím jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky a nemám žádné další otázky ani nejasnosti.

Současně prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení odmítám vyslovit souhlas s poskytnutím potřebných zdravotních služeb – povinného očkování proti u shora jmenovaného nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem, s plným vědomím možných důsledků pro jeho život a zdraví.

Místo, datum a hodina:

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce:

Stanovisko nezletilého pacienta, je-li s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se:

Podpis nezletilého pacienta (vyžaduje-li se jeho stanovisko):

Podpis lékaře, který informace poskytl:

Tato část se vyplňuje jen tehdy, pokud zákonný zástupce odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud zákonný zástupce odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že zákonný zástupce odmítl shora uvedené zdravotní služby, které měly být poskytnuty nezletilému, a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se zákonný zástupce nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se zákonný zástupce nemohl podepsat:

Způsob, jak zákonný zástupce projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka: