

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu předpokládaného lékařského výkonu a péče po operaci pacientovi/pacientce (jeho/jejímu zákonnému zástupci) způsobem, který je podle mého názoru pro něj/ni dobře srozumitelný.**

**Lékař - operatér:.....**

**Lékař anesteziolog:.....**

**Datum:.....**

**Já, pacient/ka (zákonný zástupce), souhlasím s provedením výše uvedeného lékařského výkonu/zákroku. Jeho podstata mi byla výše podepsaným lékařem srozumitelně vysvětlena. Svým podpisem stvrzuji, že mi byly poskytnuty plnohodnotné a vyčerpávající informace, které jsou pro mne srozumitelné. Jsem si vědom možnosti vzniku komplikací v případě, že se nedostavím k lékařské kontrole k lékaři na ambulanci ASK ToRe , Nádražní 104, Ostrava.**

**Datum:.....**

**Podpis pacienta/pacientky:.....**

**Podpis a razítko ošetřujícího lékaře:.....**

.....

**Datum .....**

**Podpis pacienta/ky.....**

**Poučení: Naším cílem je Vám , pacientům, pomoci. Plná informace o navrhovaném lékařském výkonu jenedílnou součástí informovaného souhlasu pacienta. Pokud potřebujete, můžete lékaři položit jakékoli doplňující otázky. Vaším plným právem je navržený postup odmítnout. V případě, že toto odmítnutí ohrozí Vaše zdraví, je lékař oprávněn žádat Vás o písemné potvrzení Vašeho odmítnutí a povinen je respektovat v souladu se zásadami lékařské etiky (Negativní revers).**