

Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb zákonným zástupcem /negativní revers/ - u nezletilého pacienta

Poskytovatel zdravotní služby:

Poučující lékař u nelékařské služby jiný zdravotník/:

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 spalničkám, příušnicím a zarděnkám, zejména o tom, že v případě neprovedení očkování mohou nastat následky uvedené dále.

Byl poučen o skutečnosti, že je povinností lékaře oznámit odmítnutí povinného očkování orgánu sociálně právní ochrany dětí v místě trvalého pobytu nezletilého pacienta, jakož i o tom, že důsledkem odmítnutí může být nepřijetí dítěte 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 spalničkám, příušnicím a zarděnkám může mít pro nezletilého pacienta tyto zdravotní následky: vážné poškození zdraví dítěte tělesné i mentální, event. úmrtí v důsledku prodělané infekce.

Prohlašuji, že shora uvedené údaje mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny. Těmto informacím jsem plně porozuměl/a, měl/a 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, tj. s povinným očkováním proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, u shora jmenovaného nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem. Činím tak s plným vědomím možných následků 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: