



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Výkon ochranné sexuologické ambulantní léčby		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

Informující lékař:

Zdravotní výkon:	Výkon ochranné sexuologické ambulantní léčby
1)	Na základě soudního rozsudku Vám byla uložena ochranná sexuologická léčba ambulantní formou v naší ambulanci.
2)	<p>Prohlášení pacienta:</p> <ul style="list-style-type: none">Beru na vědomí, že budu vykonávat soudem nařízenou ochrannou léčbu v zařízení, které určil soud.Tuto léčbu budu vykonávat řádně, přičemž se budu pravidelně dostavovat do ambulance ve stanovených termínech a dle objednávací doby a budu dodržovat léčebné postupy a doporučení. Pokud se nemohu ze závažných důvodů dostavit, okamžitě se telefonicky nebo písemně omluvím.Žiji-li mimo spádovou oblast, počítám s vlastním financováním cest do ambulance a nebudu se odvolávat na finanční tíseň.O svém životě budu pravdivě informovat svého lékaře.Pokud se v průběhu léčby rozhodnu změnit ambulanci, požádám o změnu soud a oznámím to i stávající ambulanci.Pokud se nebudu dostavovat do ambulance pravidelně a ve stanovené době, mařím tím výkon úředního rozhodnutí a dopouštím se trestného činu.
3)	<p>Na základě vyšetření a zhodnocení stavu ošetřujícím lékařem Vám bude nastavena adekvátní terapie (např. Nutnost užívání léků tlumících Vaši sexualitu, psychotherapeutické techniky).</p> <p>V rámci této léčby bude pravidelně kontrolován Váš zdravotní stav včetně pravidelných odběrů krve.</p> <p>Při nedodržení pravidel ambulantní ochranné léčby jsme povinni informovat o tomto příslušný soud ve stanovených termínech.</p>
4)	<p>Pacient rovněž potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že mu byl vysvětlen důvod, předpokládaný prospěch, možná rizika komplikace výkonu, byly mu také vysvětleny možné alternativy výkonu a zdravotní důsledky jeho nepodstoupení a nemá žádné nejasnosti.</p> <p>Pacient dále potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že souhlasí s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a že mu rovněž bylo vysvětleno, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné</p>

provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:

Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevily svůj souhlas tak, že:
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uvede se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: