

Informovaný souhlas

vakcinace Cov-19

Pacient/ka:

Příjmení.....Jméno:.....

Rodné číslo.....Datum narození.....

Bydliště.....Pojišťovna.....

Obsahuje

vakcína : Číslo šarže: Exspirace:

1. MRC-5 ANO - NE

2. Hrozí po vakcinaci latrogenní reakce ANO - NE

Pořadí dávky:Datum aplikace:

PROHLAŠUJI, ŽE MI BYLO ZDRAVOTNICKÝM PRACOVNÍKEM SDĚLENO A VYSVĚTLENO:

1. Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu; dále vedlejší reakce lokální – místní (zarudnutí v místě vpichu, citlivost až bolestivost v místě aplikace) a celkové – „předchřipkové příznaky“ (únava, bolest kloubů, svalů, hlavy, zvýšená teplota);

2. Zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a ta mi byla nabídnuta;

3. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo neočekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti; klient byl poučen o setrvání na recepci/v čekárně po dobu 30 minut z důvodu předcházení náhlé alergické reakce a o klidovém režimu – 24 hodin; po očkování nesportovat, neplavat, nepít alkohol, nechodit do sauny apod.

4. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého klienta, stvrzuji, že shora uvedené skutečnosti byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě. Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a byla mi dána možnost zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením uvedeného zdravotnického výkonu.

Poučení: Informace o možnosti a způsobu uplatnění svých práv v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů naleznete v listinné podobě v sekretariátu ředitele příslušné nemocnice.

INFORMOVANÝ SOUHLAS neodporuje Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Úmluva o lidských právech a biomedicíně (dále jen „Úmluva o lidských právech a biomedicíně“), která v [čl. 5](#) stanoví, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví lze provést za podmínky, **že k němu dotčená osoba (pacient) poskytla svobodný a informovaný souhlas**, přičemž tato osoba musí být řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Takto dotčená osoba (pacient) pak může takový souhlas kdykoli svobodně odvolat.

Na národní úrovni se ochraně osobnostních práv a lidské integritě v obecné rovině věnuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „občanský zákoník“). **Občanský zákoník v ustanoveních § 93 a § 94 uvádí, že nikdo nesmí mimo případ stanovený zákonem zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze a zásahu a o jeho možných následcích**, a dále doplňuje, že kdo chce provést na jiném zákrok, je povinen mu srozumitelně vysvětlit povahu tohoto zákroku.

V..... dne.....

Podpis a razítko lékaře:

Podpis klienta(zákonného zástupce).....