

POSKYTOVATEĽ ZS:

**Univerzitná nemocnica Bratislava, Bratislava**

**PRACOVISKO:** .....

### **Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta**

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

..... rodné číslo: .....

bydlisko (ulica, čís .domu, miesto, PSČ): .....

.....

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): .....

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

.....

.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky proti SARS-Cov-2 je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrova RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dolu podpísaný/á .....

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska: **UNB** -.....(doplniť očkovacie miesto).

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi **súhlasím – nesúhlasím.\*** Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na **UNB** - ..... (doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych

zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na **UNB** - ..... (doplniť očkovacie miesto)  
trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V ..... dňa ..... čas .....

.....

podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....

podpis osoby, ktorej sa poskytuje

zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

\* nehodiace preškrtnúť