POSKYTOVATEĽ ZS : Nemocnica A. Leňa Humenné, a.s.. Nemocničná 7 ,066 01 Humenné

**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):..........................................................................…....

……………………………………………………………………………………………………………

**mobilné 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 je v jednej dávke. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina
vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová
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 (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej
informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch
pracoviska ................................................................................................................................

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.

V ......................................dňa .….…………..čas …...….

 ...............................................................

 podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorej sa poskytuje
 zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

\* nehodiace preškrtnúť