

Pacient.:

Rodné číslo.:

Bydliště:

Rozkošská 2322
580 23 Havlíčkův Brod
IČO:00179230



Souhlas pacienta s elektrokonvulzivní terapií v celkové anestezii

Zástupce pacienta neschopného platně právně jednat:

jméno a příjmení:

Vztah k pacientovi: zákonný zástupce opatrovník

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o svém aktuálním zdravotním stavu, o předpokládaném vývoji svého onemocnění a o navrženém individuálním léčebném postupu zahrnujícím elektrokonvulzivní terapii v krátkodobé celkové anestezii.

Potvrzuji, že jsem byl/a informován/a o elektrokonvulzivní terapii i o krátkodobé celkové anestezii a že jsem se seznámil s obsahem dokumentu „Informace o elektrokonvulzivní terapii“, který jsem obdržel/a, přičemž mi bylo umožněno klást k tomu doplňující otázky, které mi lékař srozumitelně zodpověděl.

Prohlašuji, že souhlasím s poskytnutím elektrokonvulzivní terapie v krátkodobé celkové anestezii včetně všech lékařsky odůvodněných vedlejších zdravotních výkonů (podání nezbytných léčivých přípravků ke krátkodobé anestezii apod.).

Prohlašuji, že souhlasím s provedením neodkladných zdravotních výkonů nutných k záchraně mého zdraví nebo života při neočekávaných komplikacích, které by se při elektrokonvulzivní terapii v krátkodobé celkové anestezii vyskytly.

Dne:

_____ podpis pacienta (zástupce pacienta) jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře jmenovka a podpis provádějícího lékaře