

Informovaný súhlas podľa § 4 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z.

Dole podpísaná, r. č., bydlisko, svojim podpisom dávam informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti „celková anestézia“ pri operačnom zákroku na plastickej chirurgii. Bola som informovaná účele, povaha a možných rizikách tejto zdravotnej starostlivosti, ako i o tom, že pre operáciu, ktorá ma čaká, nie je prakticky možný alternatívny postup – operácia v lokálnej anestézii. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časovým odstupom sa slobodne sa rozhodnúť. Celková anestézia pri operácii je moja osobná voľba. Bola som poučená i o ďalších podmienkach pre operáciu v celkovom znecitlivení najmä:

O nutnosti nejest' v deň operácie tuhú potravu, minimálne 6 hodín pred termínom operácie a nepiť 4 hodiny pred termínom operácie. Pochopila som, že potrava skonzumovaná a vypitá neskôr, môže v súvislosti s celkovou anestéziou priamo ohroziť moje zdravie, najmä pri úvode do anestézie a komplikovať i ďalší pooperačný priebeh.

Bola som poučená potrebe sprievodcu - inej dospeléj osoby pri odchode zo zdravotníckeho zariadenia do domácej liečby. Bolo mi vysvetlené a pochopila som, že je neprípustné pre pacienta po operácii v celkovom znecitlivení, zostať v domácom ošetrovaní bez prítomnosti zainteresovanej a poučenej dospeléj osoby do nasledujúceho rána. Bolo mi vysvetlené, že z hľadiska ochrany zdravia je najvýhodnejšie zaistiť si odvoz domov autom.

Bolo mi tiež vysvetlené, že nemôžem po zákroku v celkovom znecitlivení sama šoférovať a to najlepšie až do rána nasledujúceho dňa, nakoľko by som mohla ohroziť život, alebo zdravie sebe i iným účastníkom dopravy. Bolo mi tiež vysvetlené, že nie je vhodné vykonávať, do nasledujúceho rána, žiadne činnosti pri ktorých je potrebná zvýšená pozornosť a súdnosť (práca s elektrickými a ostrými nástrojmi, právne úkony, závažné životné rozhodnutia). Pochopila som poučenie a beriem na vedomie, že zamlčanie dôležitých informácií o mojom zdravotnom stave by mi mohlo spôsobiť komplikácie pri vyšetrení, prípade i poškodenie zdravia.

Zároveň dávam týmto súhlas spoločnosti ANESTÉZIA spol. s r. o na spracovávanie mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené na tomto dokumente, na účely poskytnutia vyššie uvedenej zdravotníckej starostlivosti prípadnej potrebnej následnej starostlivosti a ich archiváciu v rozsahu potrebnom pre účely kontroly poskytovania zdravotníckej starostlivosti, na tento účel zákonom určenými zložkami v zmysle zákona č. 482/2002 Z. z.

Prehlasujem tiež, že mi boli zodpovedané všetky otázky ktoré som v súvislosti s anestéziou potrebovala vedieť.

V Poprade , dňa:.....

podpisy

pacient

.....
ošetrojúci anestéziológ