Senior domy
POHODA a.s.
Český Těšín

Písemný souhlas s poskytováním zdravotních služeb

Jméno a příjmení klienta:.....

Jméno zdravotníka, který provedl poučení:.....

RČ a datum narození klienta:.....Pojišťovna:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Dnešním dnem jsem byl/a zdravotnickým pracovníkem poučena o zdravotním výkonu, který má být proveden.

Zdravotní výkon: **Vakcinace proti viru SARS-CoV-2**

Účelem tohoto výkonu je aplikace vakcíny, která pomáhá chránit proti koronaviru, zvláště osoby, u kterých je vysoké riziko přidružených komplikací. Po podání vakcíny začne imunitní systém produkovat své vlastní ochranné látky proti onemocnění.

Zdravotní výkon bude probíhat takto: Váš lékař Vám podá doporučenou dávku vakcíny injekčně do svalu, nebo hluboko pod kůži. Byla jsem poučen/a, že doporučený výkon má následující rizika: Alergická reakce- vedoucí ve zvláštních případech k selhání oběhového systému (šoku), ve velmi vzácných případech otok nejvíce na hlavě a krku, včetně obličeje, rtů, jazyka, hrdla, nebo dalších částí těla. Kožní reakce, které se mohou rozšířit na celé tělo, zahrnující svědění kůže, vyrážku. Zánět cév, které můžou vést ke kožním vyrážkám a ve velmi vzácných případech k přechodnému postižení ledvin. Bolest v místě průběhu nervů, anomálie v citlivosti na dotek, bolest, teplo, chlad, křeče, horečka, slabost končetin, závratě, zahrnutí části, nebo celého těla. Přechodné snížení počtu krevních destiček, který může vést ke zvýšené tvorbě modřin, nebo krvácení.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života: ANO / NE

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že zdravotnický pracovník, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného souhlasu a s poskytnutím zdravotních služeb a měl/a jsem možnost klást otázky, které mi bylo řádně odpovězeno.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně **souhlasím / nesouhlasím** s provedením zdravotního výkonu.

V Českém Těšíně dne:..... Podpis lékaře:.....

.....

Podpis klienta:

.....

Podpis zákonného zástupce:

.....

Podpis zdravotnického pracovníka, který poučení provedl:

.....

Podpis svědka, pokud není klient schopen podpisu:

Eldariel - Czech elves database