Poučení a souhlas s výkonem

Jméno : _____

Výkon : ARTROSKOPIE KOLENE

Poučení a souhlas pacienta(ky) s operací, diagnostickým, léčebným výkonem nebo anestezii.

Byl(a) jsem srozumitelně seznámen(a) s mým zdravotním stavem a s možným vývojem onemocnění. Byl(a) jsem poučen(a) o možnostech vyšetření a léčby i důvodech, které vedou k výše uvedenému výkonu.

Způsob provedení výkonu a všechny mé otázky mi byly vysvětleny srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací při něm nebo v následném období. Po výše uvedeném seznámení prohlašuji, že

SOUHLASÍM

S provedením výkonu a bude-li to nutné i s jeho provedením v širším rozsahu. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mě známé údaje o mém zdravotním stavu a že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje, jež by mohly nepříznivě ovlivnit mou léčbu či ohrozit okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. V případě nutnosti dávám souhlas s odběrem biologického materiálu (krev, moč aj.)na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.
V případě vzniku jakékoliv komplikace se obrátím s konzultací na odesílajícího lékaře.
Při zhoršení pooperačního stavu a komplikacích v pooperačním vývoji, které bude vyžadovat ošetření mimo ambulanci doporučenou operatérem, vyhledám tuto péči ve zdravotnickém zařízení v místě bydliště, poskytující stejnou péči, nebo péči vyšší úrovně a to ve stejném oboru.
Případný převaz operační rány nebudu nikdy provádět sám (sama).
Pokud nebudou splněny výše uvedené podmínky, nenese Neo Orto Clinic s.r.o. žádnou odpovědnost za vývoj zdravotního stavu a možné komplikace.

Poučení klienta(ky): Klient(ka) bude vždy po anestezii po dobu 2 hodin odpočívat v našem zdravotnickém zařízení. Byl(a) jsem poučena o nutnosti propuštění do domácího ošetřování v doprovodu. Byl(a) jsem poučena o nutnosti odvozu a dohledu kompetentní osoby zajišťující péči po dobu 12 hodin.
24 hodin po anestezii není povoleno :
Řízení motorových vozidel, požívání alkoholu, vykonávání činnosti vyžadující zvýšenou pozornost a právní úkony vůči třetím osobám. Klient(ka) prohlašuje, že bude respektovat tato poučení s toto stvrzuje svým podpisem před lékařským zákrokem.

Kontaktní osoba : _____ telefon : _____

V Olomouci dne : _____ podpis pacienta : _____ podpis lékaře:_____

K provedení operačního výkonu je třeba se objednat na telefonním čísle NeoOrtoClinic s.r.o.
tel : 722 730 060
Adresa : tř. Kosmonautů 1338/1a , Olomouc 779 00
email : neoortoclinic@gmail.com

NeoOrtoClinic s.r.o
MAPO Medical s.r.o.
tř. Kosmonautů 1338/1a
Tel. +420 722 730 060
email: neoortoclinic@gmail.com