



Krušnohorská poliklinika s.r.o.
Podkrušnohorská nemocnice následné péče
ul. Žižkova 151
436 01 Litvínov

NEGATIVNÍ REVERS – ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

I. Identifikace pacienta

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození / rodné číslo:

Bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Důvod doporučené hospitalizace:

II. Poučení lékaře o zdravotním stavu a rizicích

Pacient byl lékařem srozumitelně poučen o svém zdravotním stavu, důvodu doporučené hospitalizace, navrhované péči i o možných následcích jejího odmítnutí.

Pacient byl poučen zejména o riziku **zhoršení zdravotního stavu, vzniku komplikací, případně ohrožení života**, a to s ohledem na jeho konkrétní zdravotní stav.

Možné následky a rizika odmítnutí této péče a hospitalizace:

III. Prohlášení pacienta

Já, níže podepsaný/á, tímto prohlašuji, že jsem byl/a ošetřujícím lékařem **opakovaně a srozumitelně poučen/a** o svém zdravotním stavu, o důvodu doporučené hospitalizace I o rizicích spojených s jejím odmítnutím.

Informacím jsem plně porozuměl/a, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky a vše mi bylo vysvětleno.

I přes toto poučení **odmítám doporučenou hospitalizaci v Podkrušnohorské nemocnici následné péče** a jsem si vědom/a možných rizik svého rozhodnutí.

V dne v hodin

Podpis pacienta:

.....

Jméno, příjmení a podpis lékaře:

.....



Krušnohorská poliklinika s.r.o.
Podkrušnohorská nemocnice následné péče
ul. Žižkova 151
436 01 Litvínov

Záznam při odmítnutí podpisu

Pacient odmítl negativní revers podepsat / nemůže se podepsat.

Důvod:

Svědka – jméno a příjmení:

Podpis svědka:

Podpis zdravotnického pracovníka:

Datum a čas: