Poučení a souhlas nemocného s vyšetřovacími a léčebnými výkony

{Příjmení a jméno}

{Rodné číslo}
{Pojišťovna}

ZZ: Lékaři na Cihlářské, Cihlářská čtvrť  19, 69501 Hodonín, jednodenní péče - gynekologie

Ošetřující lékař: {Lékař}

Plánovaný výkon laická terminologie:
Provedení hysteroskopie a termoablace dutiny děložní

Odborná terminologie:  Hysteroskopia termoablace

Operace -koagulace dutiny děložní důvodu  terapeutických

Náše zařízení je personálně a technicky vybaven k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění. Máte právo žádat informaci o rizicích spojených s tímto výkonem či léčbou, jakož i o podstatě a cílech plánovaného výkonu a o jiných možných metodách léčby.
Poučení o povaze onemocnění, potřebných výkonech a možnosti výskytu nežádoucích účinků:
Důsledky operace:
Provedení hysteroskopie ev. následné odstranění polypu a výškrabu dutiny děložní je nutné ke získýní tkáně pro účely dalšího vyšetření, nebo z důvodu léčebných a diagnostických

Možné komplikace:
Žádná operace není bez rizika komplikací. vzácnými, mohou být "trombóza" , t.j. vytvoření se krevních sraženin v žílách např. pánevního dna a "embolie"  t.j. zanesení těchto sraženin např. do plic. Tam může v krajním případě dojít k uzavření žilního řečiště a smrtelným stavům.

Naše stručná informace jistě není vyčerpávající. Na všechno, co Vás ve vztahu  k plánované operaci zajímá, nebo co považujete za důležité, se prosím zeptejte lékaře. Ujišťujeme Vás, že celý tým našeho oddělení pracuje tak, aby se Vaše operace zdařila bez komplikací.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s výše uvedeným plánovaným výkonem. Byl(a) jsem informován(a) o možnosti výskytu nežádoucích účinků spojených s tímto výkonem.
Svým podpisem na následující straně potvrzujete:
1. že jste četl(a) poučení a souhlasíte s výše uvedeným prohlášením
2. že výše uvedené vyšetření  nebo léčebný výkon Vám byl srozumitelně vysvětlen Vaším ošetřujícím lékařem, a dostal jste všechny informace, které jste požadoval(a)
3. že dáváte oprávnění a souhlas k vykonání výše uvedeného vyšetřovacího či léčebného výkonu a k případným nutným následným vedlejším zásahům, které se ukáží během tohoto výkonu nezbytnými či prospěšnými
4. že souhlasíte s tím, aby v rámci běžných diagnostických postupů byl odebrán z Vašeho těla biologický materiál, který může být použit pro výzkumné účely

Podpis

Nemocný nebo zákonný zástupce
(hůlkovým písmem)  datum a čas

ošetřující lékař

V Hodoníně {Datum}