

## Informovaný souhlas pacienta

## Razítko pracoviště:

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

Prosím odpovězte stručně na následující otázky:

Jaké léky užíváte?

Prodělal jste někdy alergickou reakci?

Krvácíte silněji po výkonu nebo chirurgickém zákroku?

Informace o zákroku najdete na druhé straně.

# Informovaný souhlas s operačním výkonem

Plánovaný výkon:

Byl(a) jsem v rozhovoru s lékařem poučen(a) o plánovaném zákroku a následném léčebném postupu.

## Možné komplikace

Krvácení při a po zákroku, hnisání rány, u některých útvarů jsou možný opakovaný výskyt onemocnění, alergická reakce na látky používané k místnímu umrtvení. O dalších nejčastějších komplikacích jsem byl (a) poučen(a) operujícím lékařem.

Datum:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:  
(zákonného zástupce)