

# Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta, očkovanie COVID-19

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

## **Nemocnica Poprad, a. s., Banícka ulica 803/28, 058 45 Poprad**

### **Informácie osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:**

Meno a priezvisko: .....

Rodné číslo: .....

Bydlisko (ulica, č. domu, miesto, PSČ): .....

.....

telefónny kontakt (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): .....

e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): .....

Novovzniknuté ťažkosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

.....

.....

### **Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:**

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúca bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

**Dolu podpísaný/á** .....

potvrdzujem svojím podpisom, že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk), v priestoroch očkovacieho pracoviska Nemocnice Poprad, a. s., a na stránke Nemocnice Poprad – [www.nemocnicapp.sk](http://www.nemocnicapp.sk)

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovanými diagnostickými výkonmi **súhlasím – nesúhlasím.\*** Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať v Nemocnica Poprad, a. s., bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v Nemocnica Poprad, a. s., trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V .....dňa .....čas .....

.....

podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....

podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

(prípadne jej zákonného zástupcu)

**\* nehodiace preškrtnúť**