

o poskytnutí zdravotnej starostlivosti vo veci operačného výkonu poskytnutého na pracovisku Poliklinika Hipcentrum, s.r.o. , Pezinok (ďalej ako „Poliklinika Hipcentrum“), Holubyho 39, 41, 902 01 Pezinok.

## I.

### Účel a povaha poskytovanej zdravotnej starostlivosti

- 1.1 Pacient bol oboznámený s tým, že poskytovaná zdravotná starostlivosť má povahu operačného výkonu. Obsahom operačného výkonu je .....
- 1.2 Účelom operačného výkonu je umožniť pacientovi dospieť k zlepšeniu jeho zdravotného stavu. Zlepšením zdravotného stavu sa rozumie vyliečenie alebo eliminácia poškodenia zdravia v porovnaní so súčasným zdravotným stavom, t.j. ....
- 1.3 Pacient absolvoval vyšetrenie u MUDr. .... a podrobnú konzultáciu s operatórom ohľadne svojho zdravotného stavu a zároveň vyhlasuje, že pravdivo vyplnil potrebné informatívne dotazníky a absolvoval všetky nevyhnutné vyšetrenia potrebné na realizáciu operačného výkonu, o čom predloží všetku písomnú dokumentáciu.
- 1.4 Pacient bol riadne a dostatočne oboznámený so svojim terajším zdravotným stavom týkajúcim sa predmetného ochorenia (stavu) v súvislosti, s ktorým je plánovaný operačný zákrok.
- 1.5 Pacient dobrovoľne súhlasí a požaduje operačný výkon, na ktorom bol dohodnutý s operatórom, pričom druh operačného výkonu je uvedený v odbornej správe z vyšetrenia zo dňa ..... na pracovisku Poliklinika Hipcentrum.

## II.

### Možnosti voľby navrhovaných postupov

- 2.1 Pacient dobrovoľne súhlasí a požaduje, aby bol operačný výkon uskutočnený na pracovisku Poliklinika Hipcentrum.
- 2.2 Pacient bol informovaný o všetkých realizovateľných postupoch súvisiacich s predmetným operačným výkonom. V prípade nutnosti použitia materiálu nad rámec hradenia zo zdravotného poistenia, pacient súhlasí s úhradou podľa platného cenníka Polikliniky Hipcentrum s.r.o.
- 2.3 Pacient bol oboznámený o svojom zdravotnom stave a boli mu vysvetlené všetky následky prípadného odmietnutia terapie, vrátane odmietnutia operačného výkonu.
- 2.4 Pacient bol oboznámený so všetkými realizovateľnými aj neoperačnými možnosťami terapie svojho ochorenia, pričom si dobrovoľne a bez nátlaku vybral operačný výkon doporučený lekárom Polikliniky Hipcentrum.

## III.

### Následky poskytnutia zdravotnej starostlivosti

- 3.1 Pacient bol oboznámený o bezpodmienečne nutnej pooperačnej starostlivosti v priestoroch zdravotného zariadenia Polikliniky Hipcentrum s.r.o., alebo iného zmluvného zariadenia a následnej samostatnej domácej pooperačnej starostlivosti.
- 3.2 Pacient súhlasí, že bude presne dodržiavať pokyny zdravotného personálu a bude akceptovať akúkoľvek terapiu a starostlivosť nutnú na zlepšenie alebo udržanie jeho zdravotného stavu, ako je krvná náhrada alebo prípadný preklad do iného zmluvného zariadenia.
- 3.3 Pacient si je vedomý, že po plánovom zákroku jednodňovej ambulantnej starostlivosti bude pokračovať v liečbe v domácom prostredí, pričom si zabezpečí prevoz do domáceho prostredia a zabezpečí si domácu starostlivosť, ak sa s Poliklinikou Hipcentrum nedohodne inak.
- 3.4 Pacient sa zaväzuje podstúpiť potrebnú operačnú terapiu a následnú liečbu podľa pokynov operátora, pričom jej nepodstúpenie, resp. jej nesprávne alebo neúplné vykonanie, či pacientovu nedostatočnú starostlivosť, bude pacient znášať na svoje vlastné riziko a náklady.
- 3.5 Akékoľvek zdravotné ťažkosti týkajúce sa operácie sa pacient zaväzuje konzultovať s lekárom Polikliniky Hipcentrum.

- 3.6 Pacient bol oboznámený o finančných nákladoch na operačný výkon a nutnosti úhrady poplatku pacienta za výber operátora. Platba sa realizuje hotovosťou alebo platobnou kartou na recepcii Polikliniky Hipcentrum s.r.o, alebo prevodom na účet nasledovne:
- úhradu zaslať na číslo účtu: IBAN: SK22 0200 0000 0037 3164 1155, BIC: SUBASKBX
  - úhradu realizovať minimálne štyri pracovné dni pred plánovaným termínom výkonu
  - variabilný symbol: dátum narodenia v tvare ddmrrrr
  - do poznámky (správa pre prijímateľa) uviesť meno a priezvisko pacienta
  - v deň operácie si priniesť potvrdenie o zaplatení.

#### IV.

#### Riziká poskytnutia zdravotnej starostlivosti

- 4.1 Pacient bol oboznámený a je si vedomý ojedinelých možných komplikácií menej závažného i závažného charakteru súvisiacich s operačným výkonom, ako je poškodenie vaskulárneho (cievneho) alebo nervového systému, zápalová komplikácia po operačnom výkone, neinfekčné uvoľnenie implantovaného materiálu a pod., zriedka nepriechodnosť cievy alebo uvoľnenie krvnej zrazeniny a pod.
- 4.2 Pacient bol oboznámený a je si vedomý možných komplikácií súvisiacich s operačným výkonom, ako je pooperačné pretrvávanie obmedzenia hybnosti, oslabenia svalovej sily, zle sa hojacej kože (jazvovité tkanivo) a miestnej necitlivosti kože.
- 4.3 Pacient bol poučený a je si vedomý aj možnosti neúspechu plánovanej operácie a prípadnej nevyhnutnosti opakovaného operačného výkonu a to aj na inom pracovisku alebo zanechanie trvalých následkov na organizme.

#### V.

#### Informovaný súhlas pacienta

- 5.1 Súhlasím so všetkými skutočnosťami, ktoré sú predmetom poskytnutej informácie a nemám výhrady voči žiadnej z nich.
- 5.2 Potvrdzujem, že sa zúčastňujem tohto operačného výkonu iba na základe svojho priania, informovaného súhlasu a že si prajem byť oboznámený (oboznámená) s výsledkami operačného výkonu. Zaväzujem sa dodržiavať všetky tu uvedené pokyny.
- 5.3 So všetkými vyššie uvedenými informáciami som bol oboznámený (oboznámená) zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, a bola mi ponechaná možnosť a dostatočný čas na rozmyslenie a rozhodnutie.

V Pezinku, dňa .....

.....  
meno a priezvisko pacienta

.....  
podpis pacienta alebo jeho zákonného zástupcu

.....  
meno ošetrujúceho lekára

.....  
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára