

Žádost

o schválení přítomnosti zákonného zástupce dítěte na operačním sále do začátku úvodu do anestezie

Žadatel – zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště: tel.

e-mail:

Pacient (dítě):

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Diagnóza:.....

Zdůvodnění žádosti:

.....
.....
.....

Poučení:

Přítomnost zákonného zástupce dítěte na sále do doby začátku úvodu do anestezie, nesmí ohrozit bezpečnost anesteziologické péče. Zákonný zástupce je povinen plně se řídit instrukcemi zdravotnického personálu a v případě vzniku jakýchkoliv komplikací bezodkladně opustit prostor řízených zón. Posouzení poměru mezi klinickým přínosem a rizikem snížení bezpečnosti anesteziologické péče během přítomnosti doprovodu v rámci úvodu do anestezie je založeno na individuálním posouzení každé jednotlivé situace a je plně v kompetenci anesteziologa odpovědného za anesteziologickou péči.

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že jsem byl/a náležitě poučen/a, za jakých okolností může dojít k omezení práva na mou přítomnost při poskytování zdravotní péče dítěti a poučení jsem porozuměl/a a s danými podmínkami souhlasím.

Datum a podpis zákonného zástupce:

.....

S přítomností zákonného zástupce dítěte na sále do začátku úvodu do anestezie:

SOUHLASÍM ☐ NESOUHLASÍM ☐

Datum a podpis lékaře **schvalujícího žádost a provádějícího poučení** (včetně razítka pracoviště) –
anesteziologa:

.....

Datum a podpis ošetřujícího lékaře (včetně razítka pracoviště) – pediatra:

.....