

## 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:

.....



**Nemocnice Havířov, p.o.**  
Dělnická 1132/24, Havířov  
PSČ 736 01, IČ 00844896

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:

.....