ALLGEMEINE UNIVERSITÄTSKRANKENHAUS IN PRAG
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**
Gesetzlicher Vertreter des Patienten (Vorname, Nachname):	
Bezeichnung der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens (eventuell mehrerer Gesundheitsleistungen / Behandlungsverfahren): ☐ **VERABREICHUNG EINES NICHT REGISTRIERTEN ARZNEIMITTELS:** ☐ **VERABREICHUNG EINES ARZNEIMITTELS, DAS FÜR EINE ANDERE INDIKATION ODER ALTERSGRUPPE BESTIMMT IST:**	
Zweck, Art, Vorbereitung, erwarteter Nutzen, Folgen und mögliche Risiken der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens: Das Arzneimittel ist nicht beim Staatlichen Institut für Arzneimittelkontrolle registriert, oder es ist für eine andere Indikation oder für eine andere Altersgruppe registriert, daher ist die Unterzeichnung einer Einwilligung für seine Anwendung erforderlich. Aufgrund Ihres Gesundheitszustandes ist die Verabreichung dieses Arzneimittels für Sie vollständig gerechtfertigt. Das Auftreten einiger der in den Beipackzettel des Arzneimittels aufgeführten Nebenwirkungen ist nicht ausgeschlossen.	
Andere Alternativen zur Behandlungsmethode, ihre Eignung, Vorteile und Risiken: V České republice není k dispozici jiný registrovaný léčivý přípravek, který by svými účinky byl pro pacienta stejně prospěšný.	
Die Gesundheitsleistung / Das Behandlungsverfahren wird folgendermaßen durchgeführt: Das Arzneimittel wird verabreicht ☐ subkutan ☐ ins Gelenk ☐ intravenös: ☐	
Einschränkungen und Empfehlungen für den Alltag im Hinblick auf den Gesundheitszustand und mögliche Veränderungen der gesundheitlichen Tauglichkeit nach Durchführung der genannten medizinischen Leistung / der Behandlungsverfahren: Die Anwendung des Arzneimittels ist mit keinerlei Einschränkungen in Ihrem Behandlungsregime verbunden.	

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

Weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen:

Keine

Hiermit erkläre ich, dass der mich belehrende Arzt mir persönlich alles erklärt hat, was Inhalt dieser schriftlichen „Informierten Einwilligung" ist und ich die Möglichkeit hatte ihm Fragen zu stellen, auf welche er mir ausreichend Antwort gab. Ich erkläre, dass ich die oben angeführte Belehrung voll verstanden habe und erteile ausdrücklich meine Einwilligung für die Durchführung der ärztlichen Behandlung.

Im Falle, dass der Patient **minderjährig ist oder mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit** und angemessen geistig und willensfähig reif ist:

Hiermit erkläre ich, dass ich im oben genannten Umfang belehrt worden bin.

Wurden dem Patienten diese Daten nicht zur Verfügung gestellt, ist der Grund für die Nichtbereitstellung der Daten anzugeben:

In Prag am

.....

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

.....

Vorname, Nachname

und Unterschrift Arztes

.....

Unterschrift des minderjährigen Patienten /

Patienten mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit

Wenn der Patient/gesetzliche Vertreter aufgrund seines Gesundheitszustands nicht unterzeichnen kann:

Grund, aus dem der Patient/gesetzliche Vertreter nicht in der Lage ist zu unterzeichnen:

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

Die Art und Weise, wie der Patient/gesetzliche Vertreter seinen Willen zum Ausdruck gebracht hat:

.....

Vorname, Nachname und Unterschrift des Zeugen