VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **RTG VYŠETŘENÍ V PŘÍTOMNOSTI DOPROVÁZEJÍCÍ OSOBY**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Rentgenové vyšetření (RTG) patří k základním vyšetřovacím metodám. RTG metoda pracuje s ionizujícím zářením, které vychází z RTG přístroje a má velkou schopnost pronikat tkáněmi. Na lidské zdraví může toto záření působit nepříznivě. Z důvodu ochrany zdraví je proto vždy věnována značná pozornost omezení ozáření, a to jak pacienta, tak i osoby, která z vlastní vůle poskytuje pomoc pacientovi podstupujícímu lékařské ozáření. Ozáření a riziko osob pomáhajících při rentgenovém vyšetření je velmi nízké. Nehrozí přímé poškození zdraví. Protože však ionizující záření může spolu s ostatními nepříznivými faktory běžného života spoluodpovídat za vznik nádorových onemocnění, je nutné dbát pokynů zdravotníků a použít ochranné stínící pomůcky. Při jejich správném použití je riziko zářením způsobeného poškození zdraví zanedbatelné. Radiologický asistent Vás vybaví ochrannými pomůckami a vysvětlí Vám, kde stát a jak napomoci úspěšnému průběhu vyšetření. V průběhu vyšetření proto dbejte jeho pokynů. Poskytnutí pomoci pacientovi při rentgenovém vyšetření je dobrovolné. Doprovázející osoba musí být starší 18 let a nesmí být těhotná. Tyto skutečnosti je třeba stvrdit podpisem níže uvedeného prohlášení.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: RTG vyšetření bez pomoci doprovázející osoby.	
Prohlašuji, že zdravotnický pracovník, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu. **Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.** Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí: V Praze dne ..... podpis doprovázející osoby	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.