

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:**MDDr. Bačová s. r. o.**

so sídlom Na barine 2978/17, 841 03 Bratislava - mestská časť Lamač

IČO: 51 706 547

zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, Vl. č.: 128518/B.

Názov zariadenia : Stomatologické centrum RODINKA

So sídlom Bazovského 2, 841 01 Bratislava

**POUČENIE A PÍ SOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA
S POSKYTOVANÍM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „Zákon č. 576/2004 Z. z.“)

Meno a priezvisko pacienta	
Zákonný zástupca	
Dátum narodenia pacienta	
Bydlisko	
Názov zdravotného výkonu	Röntgenologické vyšetrenie - dieťa

-----**VYPLNÍ LEKÁR**-----

Potvrdzujem, že som v súlade so Zákonom č. 576/2004 Z. z. informoval/a pacienta alebo zákonného zástupcu pacienta o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Obsah poučenia pacienta :*Vážený rodič (prípadne zákonný zástupca),**Vašemu dieťaťu budeme zhotovovať röntgenové snímky.**Záhryzové snímky sa zhotovujú z dôvodu, aby sme vedeli nájsť medzizubné kazy, určiť ich rozsah a stanoviť adekvátny plán liečby. Väčšina medzizubných kazov je viditeľná iba na röntgenologickom vyšetrení a nie je možné ich nájsť pri bežnej stomatologickej prehliadke. Na záhryzových snímkoch tiež dokážeme sledovať zárodoky trvalých zubov.**Ak medzizubný kaz odhalíme v začiatku, je možné ho zvládnuť neinvazívne – t.j. iba špeciálnymi hygienickými opatreniami bez potreby ošetrovania u stomatológa, alebo minimálne invazívne – t.j. ošetrovaním zuba iba v rozsahu kazu a aplikáciou plomby.**Ak záhryzové snímky nezhotovíme, kaz sa môže objaviť až vtedy, keď spôsobí zrútenie bočnej časti zuba a ohrozí, prípadne umŕtvi zubný nerv. Táto situácia pre dieťa môže znamenať opuch, bolesť a ošetrovanie môže byť časovo, psychicky i finančne oveľa náročnejšie.**Počas vyšetrenia zakryjeme trup a štítnu žľazu olovenou vestou. Vyšetrenie vykonávame pomocou nepriamej rádioviziografie, ktorá zabezpečí, že radiačné zaťaženie na organizmus je minimálne.**Ak počas vyšetrenia bude sedieť s dieťaťom sprevádzajúca osoba, aj táto bude mať zakrytý trup a štítnu žľazu olovenou zásterou. Sprevádzajúca osoba nemôže byť tehotná, môže dojčiť, ale nie počas vyšetrenia.*

V....., dňa.....o.....hod.....

pečiatka a podpis lekára

-----**VYPLNÍ PACIENT**-----

Ako pacient/pacientka vyhlasujem, že v rámci využitia práva pacienta na poučenie

- som prečítal /a text tohto poučenia a jeho prílohu a porozumel/a som mu/jej a prípadné nejasnosti mi boli lekárom vysvetlené
- bola mi vysvetlená podstata liečby, jej účel, povaha, priebeh, možné riziká
- bol /a som informovaný/á o možnostiach liečby a navrhovaných postupoch a o rizikách odmietnutia poskytnutia navrhovanej zdravotnej starostlivosti
- moje otázky ohľadne liečby, o ktorej som bol poučený/á, mi boli zdravotníckymi pracovníkmi ohľaduplne a uspokojujúcim spôsobom zodpovedané a boli mi podané vysvetlenia, o ktoré som žiadal/a
- poučeni, vysvetleniam a odpovediam, ktoré mi boli poskytnuté zdravotníckymi pracovníkmi, som porozumel/a
- ak by som dospel /a po tomto poučení k záveru, že mi je ešte čokoľvek nejasné, požiadam o doplnenie poučenia
- bol /a som poučená o svojich právach ako dotknutej osoby, ako aj podmienkach spracúvania osobných údajov v zmysle nariadenia GDPR, a to prostredníctvom dokumentu označeného ako „Informačná povinnosť prevádzkovateľa“
- poskytol /poskytla som všetky informácie a údaje súvisiace s mojim vyšetrením, pričom za ich pravdivosť a úplnosť plne zodpovedám a nezatajil /a som žiadnu informáciu súvisiacu s mojim vyšetrením
- bol /a som oboznámená s aktuálnym cenníkom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, pričom s ním súhlasím a zavazujem sa uhradiť a uspokojiť všetky platby a záväzky za služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, či iné výdaje spojené s mojim vyšetrením

Beriem na vedomie, že

- tento informovaný súhlas môžem kedykoľvek odvolať
- budem spolupracovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti so všetkými zdravotníckymi pracovníkmi vyššie uvedeného centra
- budem dodržiavať predpísaný liečebný režim
- tento súhlas je zároveň súhlasom s predpisovanými liekmi lekármi počas celého trvania
- poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný v zmysle § 18 Zákona č. 576/2004 Z. z. spracúvať, poskytovať a sprístupňovať osobné údaje pacienta /pacientky, pričom tento Zákon č. 576/2004 Z. z. sa v zmysle § 78 ods. 5 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v tomto smere považuje za právny základ spracúvania osobných údajov

Súhlasím/Nesúhlasím (nehodiace sa prečiarknuť) – dávam informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vrátane vykonania zákrokov a liečebných postupov, ako aj iných stomatologických zákrokov, potrebných pre zachovanie, resp. obnovu môjho orálneho zdravia.

1. Svojím podpisom potvrdzujem vyššie uvedené skutočnosti a to, že som sa rozhodol slobodne, bez nátlaku, pri plnom vedomí, s dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Zároveň vyhlasujem, že nie som zbavený spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená.

V....., dňa.....o.....hod.....

vlastnoručný podpis pacienta
(alebo jeho zákonného zástupcu)

2. Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti (napr. ak súhlas dal zákonný zástupca):

V....., dňa.....o.....hod.....

vlastnoručný podpis osoby

3. Ak som sprevádzajúca osoba ženského pohlavia, svojím podpisom potvrdzujem, že nie som tehotná.

V....., dňa.....o.....hod.....

vlastnoručný podpis sprevádzajúcej osoby