Žádost o provedení vazektomie, záznam o podání informace

V souladu s ustanovením zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách tímto žádám o provedení vazektomie – přerušení chámovodů z antikoncepčních důvodů.

Jsem si vědom, že se jedná o nevratný výkon na mužských reprodukčních orgánech.

Beru na vědomí, že před provedením výkonu je nezbytné splnění podmínek stanovených zákonem, tj. dovršení věku 21 let, vyslechnutí informace o povaze zdravotního výkonu od lékaře, o jeho trvalých následcích a možných rizicích a sepsání záznamu o podání informace.

Dále beru na vědomí, že mezi podáním informace a udělením souhlasu musí být lhůta nejméně 14 dnů. Písemný souhlas se uděluje bezprostředně před započetím výkonu.

Náklady spojené s výkonem nejsou v ČR hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Žadatel:

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Bydliště: _____

_____

Podání informace o povaze zdravotního výkonu, o jeho trvalých následcích a možných rizicích provedeno

dne: _____

_____ _____

Podpis žadatele Podpis případného svědka žadatele

MUDr. Lukáš Bittner, FEBU, FECSM MUDr. David Čapka MUDr. Otakar Štanc, FEBU

MUDr. Jakub Řezáč, Ph.D., FEBU MUDr. Kateřina Šrámková MUDr. Mgr. Nicola Hromčíková

Svědek, zdravotnický pracovník

Dotazník

Vyplňte, prosím, tento dotazník. Správné odpovědi označte křížkem.

Jméno a příjmení: .....

Trpíte **alergií**?	Ano ☐	Ne ☐	Jakou?.....
Užíváte **léky na ředění krve**?	Ano ☐	Ne ☐	Jaké?.....
Užíváte nějaké **další léky**?	Ano ☐	Ne ☐	Jaké?.....
Měl jste již **operaci šourku** nebo **třísla**?	Ano ☐	Ne ☐	Jakou?.....
Prodělal jste někdy **infenci močových cest**, zánět močové trubice nebo varlat?	Ano ☐	Ne ☐	Jaký?.....
Měl jste již **lokální anestezii**?	Ano ☐	Ne ☐	

_____

Podpis klienta

Děkujeme za spolupráci.