

Ak ste sa už rozhodli a máte záujem o PEDA pri Vašom pôrode ,
vyplňte prosím nasledujúci formulár a prineste ho so sebou k pôrodu.
Na pôrodnej sále s Vami absolvuje pohovor anesteziológ , ktorý Vám celý postup
znova vysvetlí a odpovie na Vaše otázky.

Dolupodpísaná

r.č /.....

bytom:

.....
.....

svojim podpisom potvrdzujem, že ma

MUDr.

v plnom rozsahu zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku oboznámil a
poučil o povahe pôrodných bolestí, možnostiach ich miernenia vrátane
epidurálnej, spinálnej anestézie a analgézie , o ich rizikách aj benefitoch, o účele
a povahe výkonu, resp. poskytnutej zdravotnej starostlivosti, o priebehu a možných
následkoch poskytnutia zdravotnej starostlivosti a jej rizikách, o rizikách
odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných
postupov, že zodpovedal všetky moje otázky a že som týmto odpovediam porozumela. Bol
mi poskytnutý dostatočný časový úsek slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

Svojim podpisom potvrdzujem, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som nezatajila žiadne
vážne anamnestické údaje, resp. ochorenia, pre ktoré som sa v minulosti liečila ,
resp. ktoré mi boli v minulosti zistené.

Rozhodla som sa slobodne, bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom sa
rozhodnúť, pri plnom vedomí. Zároveň prehlasujem, že nie som pozbavená
spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená
a to ani len čiastočne.

Prehlasujem, že vyššie uvedenému poučeniu o epidurálnej pôrodnej analgézií (PEDA)
som plne porozumela a s jej vykonaním k môjmu pôrodu súhlasím. Rovnako súhlasím so
všetkými medicínskymi opatreniami potrebnými pri eventuálnom odstránení jej
nežiaducich príznakov alebo komplikácií.

Súhlasím a beriem na vedomie, že všetky právne vzťahy vyplývajúce s poskytnutím
zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení

Nemocnica Poprad a.s. sa riadia výhradne právnym režimom Slovenskej Republiky

V Poprade .. /.. / o .. / .. hodine

.....

podpis pacienta

.....

pečiatka a podpis lekára