

Patsiendi nõusolek

Operatsiooni/protseduuri/uuringu (edaspidi toiming) nimetus

Mina,, kinnitan, et olen informeerinud patsienti ja/või patsiendi seaduslikku esindajat talle arusaadaval viisil toimingu vajalikkusest, olemusest ja võimalikest ohtudest ja tagajärgedest ning muudest võimalikest alternatiivsetest uuringu- ja ravivõimalustest.

Mulle on tutvustatud patsiendi infomaterjali.

HAIGLA tagab toimingu läbiviimise hea meditsiini tava kohaselt.

Mind on teavitatud, et toimingu käigus võib tekkida vajadus toimingu ulatuse või eesmärgi muutmiseks. Sellisel juhul **nõustun/ ei nõustu** (vajalik alla kriipsutada) toimingu ulatuse ja eesmärgi muutmiseks.

Mulle on selgitatud, et toimingu ajal või vahetult pärast seda võib tekkida vajadus vereülekandeks. Olen saanud teavet vereülekande vajalikkuse, olemuse ning sellega kaasnevate riskide kohta. Näidustuse korral **nõustun/ ei nõustu** (vajalik alla kriipsutada) vereülekandega.

Nõustun **ei nõustu**, et toimingu läbiviimise juures viibivad õppe-eesmärgil üliõpilased, täienduskursustel osalejad.

Kinnitan, et mulle on antud võimalus esitada küsimusi toimingu kohta ning olen saanud vastustest aru saanud. Olen teadlik, et toimingu läbiviimine ei pruugi tagada soovitud eesmärki.

Mulle on selgitatud, et käesoleva nõusoleku allkirjastamine ei võta minult õigust esitada raviarstile toimingu kohta täiendavaid küsimusi ega saada täiendavaid selgitusi.

Mind on teavitatud, et võin oma nõusoleku igal ajal tagasi võtta, vormistades selleks kirjaliku avalduse.

Annan oma nõusoleku ülalnimetatud toimingu tegemiseks ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Kuupäev Allkiri.....
(Patsient/seaduslik esindaja)

.....
(Ees- ja perekonnanimi, kui patsiendi eest kirjutab alla seaduslik esindaja)

Mina, kinnitan, et olen informeerinud patsienti ja/või patsiendi seaduslikku esindajat talle arusaadaval viisil toimingu vajalikkusest, olemusest ja võimalikest ohtudest ja tagajärgedest ning muudest võimalikest alternatiivsetest uuringu- ja ravivõimalustest.

Kuupäev.....Arsti allkiri / haigla tempel.....

Patsiendi keeldumine teabest

Mina,, kinnitan, et nõustun toiminguga, kuid ei soovinud selle kohta informatsiooni.

Näidustuse korral **nõustun** **ei nõustu** vereülekandega.

Nõustun **ei nõustu** toimingu ulatuse ja eesmärgi muutmisega toimingu käigus.

Olen nõus **ei ole nõus** , et toimingu läbiviimise juures viibivad õppe-eesmärgil üliõpilased, täienduskursustel osalejad.

Mulle on selgitatud, et käesoleva nõusoleku allkirjastamine ei võta minult õigust esitada raviarstile toimingu kohta täiendavaid küsimusi ja saada täiendavaid selgitusi ning ning ma võin oma nõusoleku igal ajal tagasi võtta.

Kuupäev Allkiri.....
(Patsient/seaduslik esindaja)

.....
(Ees- ja perekonnanimi, kui patsiendi eest kirjutab alla seaduslik esindaja)

Mina,, kinnitan, et olen informeerinud patsienti ja/või patsiendi seaduslikku esindajat talle arusaadaval viisil toimingu vajalikkusest ja aktsepteerin patsiendi keeldumist toimingu olemuse, selle võimalike ohtude ja tagajärgede ning muude võimalike riskide osas informatsiooni saamiseks.

Kuupäev.....Arsti allkiri/ haigla tempel.....

Patsiendi keeldumine toimingust

Operatsiooni/protseduuri/uuringu (edaspidi toiming) nimetus

Mina,....., kinnitan, et raviarst on mind teavitanud minu tervise seisundist, minul esinevatest võimalikest haigustest ja nende kulgemisest. Raviarst on mulle selgitanud ettevõetava toimingu olemust ja otstarvet ning sellega kaasnevat võimalikke ohte ja tagajärgi.

Mind on informeeritud võimalikest riskidest ja tagajärgedest, mis võivad kaasneda pakutavast toimingust keeldumise korral. Samuti on mind informeeritud muudest võimalikest ja vajalikest uuringu- ja ravivõimalustest.

Kinnitan, et mulle on antud võimalus esitada küsimusi toimingu ja sellest keeldumise tagajärgede kohta ning olen saanud vastustest aru saanud.

Mind on teavitatud, et võin igal ajal oma toimingust keeldumise tühistada ning vormistada toimingu läbiviimiseks kirjaliku nõusoleku.

Olles teadlik oma otsuse võimalikest tagajärgedest, keeldun ülalnimetatud toimingust ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Kuupäev Allkiri.....
(Patsient / seaduslik esindaja)

.....
(Ees- ja perekonnanimi, kui patsiendi eest kirjutab alla seaduslik esindaja)

Seadusliku esindaja otsust ei järgita, kui see kahjustab patsiendi huve.

Mina,, kinnitan, et olen informeerinud patsienti ja/või patsiendi seaduslikku esindajat talle arusaadaval viisil toimingu vajalikkusest, olemusest ja võimalikest ohtudest ja tagajärgedest ning muudest võimalikest alternatiivsetest uuringu- ja ravivõimalustest ning toimingust keeldumise võimalikest tagajärgedest ja riskidest

Kuupäev.....Arsti allkiri/ haigla tempel.....