

Patsiendi nõusolek

Protseduuri nimetus _____

Mina, _____, kinnitan, et raviarst on mind teavitanud minu tervise seisundist, minu esinevatest võimalikest haigustest ja nende kulgemisest. Raviarst on mulle selgitanud ettevõetava protseduuri olemust ja otstarvet ning sellega kasnevaid võimalikke ohte ja tagajärgi. Samuti on mind informeeritud muudest võimalikest ja vajalikest ravivõimalustest.

AS Medicum Tervishoiuteenused tagab protseduuri läbiviimise hea meditsiini tava kohaselt.

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

Olen nõus / ei ole nõus (vajalik alla kriipsutada), et protseduuri läbiviimise juures viibivad õppeeesmärgil üliõpilased, täienduskursustel osalejad.

Kinnitan, et mulle on antud võimalus esitada küsimusi protseduuri kohta ning olen vastustest aru saanud.

Olen teadlik, et protseduuri läbiviimine ei pruugi tagada soovitud eesmärki.

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

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

Annan nõusoleku ülalnimetatud protseduuri tegemiseks ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Kuupäev _____ Allkiri _____
(patsient / seaduslik esindaja)

(ees- ja perekonnanimi, kui patsiendi eest kirjutab alla esindaja)

Mina _____, kinnitan, et olen selgitanud patsiendile ja/või patsiendi seaduslikule esindajale _____, talle arusaadaval viisil, protseduuri vajalikkust, olemust, võimalikke ohte ja tagajärgi ning teavitanud alternatiivsetest ravivõimalustest.

Kuupäev _____ Allkiri _____