ŽIADOSŤ O VYKONANIE STERILIZÁCIE

Meno a priezvisko pacientky: **Zdravotná poisťovňa:**

Trvalé bydlisko: **Rodné číslo:** /

Gynekologická anamnéza: **P:** **Ab:** **UPT:** **PM:** **TP:**

Osobná anamnéza: **operácie:**

ochorenia:

Na základe ustanovenia § 40 ods.2 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákona č.577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ustanovenia časti IV. nariadenia vlády č.777/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, žiadam týmto o vykonanie sterilizácie na gynekologicko-pôrodníckom oddelení Fakultnej nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana Prešov.

Svojím podpisom na tejto žiadosti potvrdzujem nasledovné:

1. Dňa: ma lekár so špecializáciou v odbore gynekológia a pôrodníctvo (ďalej len „lekár“) oboznámil s tým, že sterilizáciou sa rozumie zabránenie plodnosti bez odstránenia alebo poškodenia pohlavných žliaz. Taktiež ma oboznámil s možnými spôsobmi vykonania sterilizácie.

2. Pri prejednávaní mojej žiadosti mi lekár poskytol poučenie, ktorým ma oboznámil o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia tejto zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a ktorého obsahom boli najmä informácie o:
   - alternatívnych metódach antikoncepcie a plánovaného rodičovstva,
   - možnej zmene životných okolností, ktoré viedli k mojej žiadosti o sterilizáciu,
   - medicínskych dôsledkoch sterilizácie ako metóde, ktorej cieľom je nezvratné zabránenie plodnosti,
   - možnom zlyhaní sterilizácie.

3. Prehlasujem, že som osobou plne spôsobilou na právne úkony , že tomuto poučeniu som v plnom rozsahu porozumela a týmto dávam písomný informovaný súhlas na vykonanie sterilizácie mojej osoby.

4. Súhlasím, aby sterilizácia bola vykonaná :
   - pri pôrode, ak bude indikácia k operačnému ukončeniu tehotenstva,
   - po ukončení šestonedelia (hradí pacientka),
   - mimo tehotnosť, na žiadosť pacientky, ako hradený výkon.

   O medicínskom postupe vykonania sterilizácie som bola lekárom informovaná.

5. Bola som oboznámená, že sterilizáciu nemožno vykonať skôr ako 30 dní po tomto mojom informovanom súhlase.

6. Prehlasujem, že som si vedomá všetkých medicínskych, spoločenských, sociálnych a iných rizík, o ktorých som bola poučená, a ktoré súvisia s vykonaním sterilizácie. Taktiež prehlasujem, že nie sú mi známe žiadne zdravotné problémy, pre ktoré by u mňa sterilizácia nemohla byť vykonaná.

V Prešove dňa: o hodine

Vlastnoručný podpis žiadateľky

Námestník LPS pre chirurgické odbory (pečiatka a podpis)	Prednosta Kliniky gyn. a pôrodníctva (pečiatka a podpis)	Lekár gynekológ (pečiatka podpis)

Vymazať Tlačiť