

ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ HOSPITALIZACE NOVOROZENCE A POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB (REVERS)

V souladu s ustanovením §34 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů), prohlašuji, že jako zákonný zástupce

dítěte:

nar.:
(jméno, příjmení, datum narození dítěte)

jsem obdržel/a údaje:

- 1) o zdravotním stavu dítěte a potřebných zdravotních službách:

.....
.....
.....
.....

- 2) o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví dítěte:

.....
.....
.....
.....

Údaje podle bodu 1 a 2 mi byly sděleny a vysvětleny, těmto informacím jsem porozuměl/a a byla mi dána možnost klást doplňující otázky, které mi byly náležitě zodpovězeny. Současně jsem obdržel/a písemnou informaci o zdravotních rizicích souvisejících s propouštěním novorozence do vlastního sociálního prostředí (příloha Informace pro zákonné zástupce).

I přes poskytnuté vysvětlení odmítám poskytnutí dalších potřebných zdravotních služeb dítěti při jeho hospitalizaci a žádám o jeho propuštění z lůžkové péče před uplynutím 72 hodin po narození.

Beru na vědomí informaci, že dítě bylo diagnostikováno jako fyziologický novorozenec*).

Jsem si plně vědom/a možných důsledků spojených s propuštěním dítěte z lůžkové péče před uplynutím 72 hodin od jeho narození a odpovědnosti za jeho život a zdraví. Současně beru na vědomí, že je nezbytné, abych zajistil/a péči o zdraví dítěte. Byl/a jsem náležitě informován/a o potřebě zajistit dítěti do 24 hodin po propuštění, zdravotní péči (klinické vyšetření) u poskytovatele zdravotních služeb v oboru neonatologie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost.

Byl/a jsem rovněž náležitě informován/a o potřebě zajistit dítěti doposud neprovedená screeningová vyšetření podle přílohy, která je součástí této informace.

V dne v hod.

Jméno a příjmení:

Podpis:

(místo, datum, hodina, jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce dítěte/svědka**)

*) Za fyziologického novorozence je považován donošený novorozenec (trvání těhotenství 37+0 až 41+6 týdnů a dnů) s hmotností nad 2 500 g a který je bez zjevných známek patologie.

***) odmítá-li zákonný zástupce záznam podepsat, opatří se záznam jménem, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen

VĚSTNÍK MZ ČR _ ČÁSTKA 8

Důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal a způsob projevu jeho vůle:

.....
.....
.....
.....

V dne v hod.

Jméno a příjmení:

Podpis:

(místo, datum, hodina jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka, který zákonnému zástupci dítěte informace poskytl)

Příloha:

[Informace pro zákonné zástupce](#)