

## PATSIENDI TEAVITAMINE JA NÕUSOLEK

(raviasutuse nimetus) \_\_\_\_\_

(raviarsti ees- ja perekonnanimi) \_\_\_\_\_

(patsiendi/patsiendi esindaja/ ees- ja perekonnanimi,  
isikukood) \_\_\_\_\_

(protseduur/operatsioon/raviplaan, selleks planeeritud  
aeg) \_\_\_\_\_

(patsiendile/patsiendi esindajale/ antud infolehe  
nimetus) \_\_\_\_\_

### **Käesolevaga kinnitan oma allkirjaga, et raviarst on mind teavitanud:**

1. minu/minu poolt esindatava patsiendi/ läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest, mis võivad kaasneda vastava kliinilise pildi, diagnoosi ja ravivõimalustega;

2. muudatustest, sh alternatiivsetest ravivõimalustest, võrreldes mulle kirjalikult antud infolehega protseduuri/operatsiooni/raviplaaniga kohta ning muudatustega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest (*märkida muudatused, võimalikud kaasnevad ohud ja tagajärjed*): \_\_\_\_\_

3. tulemuste ettemääratlematusest tervishoiuteenuste osutamisel;

4. minu/minu poolt esindatava/ patsiendi õigustest:

4.1. saada kirjalikku teavet eelseisva protseduuri/operatsiooni kohta vastaval infolehel;

4.2. lasta tervishoiuteenust osutada üksnes vastaval nõusolekul;

4.3. võtta antud nõusolekud mõistliku aja jooksul, enne tervishoiuteenuse osutamist, tagasi;

4.4. keelduda pakutud ravist, protseduurist või operatsioonist ning soovida arutada alternatiivseid lahendusi;

4.5. saada teisest arvamust ja valida võimaluste piires arsti;

5. minu/minu poolt esindatava/ patsiendi kohustustest:

5.1. avaldada tervishoiuteenuse osutajale oma parima arusaama järgi kõik tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud asjaolud;

5.2. osutada tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikku kaasabi;

5.3. tasuda tervishoiuteenuse eest.

### **Olen teavitusest ja raviarsti selgitustest aru saanud ning annan nõusoleku tervishoiuteenuse osutamiseks eeltoodud tingimustel.**

\_\_\_\_\_  
(patsiendi/patsiendi esindaja/ allkiri)

\_\_\_\_\_  
(koht, kuupäev)

### **Keeldun nõusoleku andmisest tervishoiuteenuse osutamiseks eeltoodud tingimustel, olles teadlik keeldumise võimalikest tagajärgedest.**

\_\_\_\_\_  
(patsiendi/patsiendi esindaja/ allkiri)

\_\_\_\_\_  
(koht, kuupäev)

**Teavitas raviarst:** \_\_\_\_\_

(raviarsti nimi, koht, kuupäev)