

Záznam o informovaném souhlasu

Zařízení a přístroje používané v této optometrické provozovně slouží k bezdotykovému měření zraku.
Z údajů získaných měřeními bude vyhodnoceno vidění a případně předepsány pomůcky pro korekci zrakových vad.

Nejedná se o lékařské vyšetření očí

Jméno: Telefon:
Příjmení: E-mail:
Titul: Datum narození (den/měsíc/rok): / / Používáte v současnosti korekční brýle nebo kontaktní čočky? ANO / NE
Adresa: Datum posledního měření zraku:

Zdravotní stav:

Zaškrtněte prosím nemoci či příznaky, kterými trpíte:

Vysoký krevní tlak / Cukrovka / Zelený zákal / Srdeční problémy

Jiné:

Prodělané operace očí? (podrobné vysvětlení):

Léčíte se z onemocnění očí? (podrobné vysvětlení):

Tímto potvrzuji, že jsem přečetl(a) a pochopil(a) následující:

Dobrovolně absolvuji měření zraku. Jsem si vědom(a), že toto měření zraku v žádném případě nenahrazuje lékařské vyšetření očí nebo jiné vyšetření prováděné lékařem za účelem zjištění očních nemocí.

1) Jsem si vědom(a), že optometrista provede měření zraku a souhlasím s tím. Souhlasím také, že odpovím na jakoukoliv otázku vztahující se k provedení tohoto měření.

2) Jsem si vědom(a), že je tento formulář součástí mých zdravotních záznamů u optometristy a já ho/ji tímto opravňuji, aby jej v případě nutnosti předal(a) mému lékaři - MUDr.

3) Byl jsem poučen, že předpis na optické korekční pomůcky - který mi bude vystaven optometristou - bude vycházet z měření zraku za účelem zhotovení vhodných korekčních pomůcek a nebude se týkat očních nemocí, ani jejich léčby.

Informace získané tímto formulářem a výsledky měření zraku se stanou součástí vašich zdravotních záznamů u optometristy a nebudou poskytovány třetím stranám vyjma lékaře, kterého jste případně uvedl(a) v bodě 2 tohoto formuláře.

Prohlašuji, že optometrista, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Optometrická provozovna:

Optometrista, který provedl poučení (jméno, příjmení, rodné číslo nebo datum narození):

Datum: Podpis pacienta:



SPOLEČENSTVO ČESKÝCH
OPTIKŮ A OPTOMETRISTŮ

Tento formulář vydalo v roce 2010
Společenstvo českých optiků a optometristů.
www.scoo.cz