|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení** |  |
| **Rodné číslo** |  |
| **Trvalé bydliště** |  |
| **Zdravotní pojišťovna** |  |

**Expresní předoperační vyšetření** na den ..................., v souvislosti s plánovaným operačním

zákrokem...................................................................................................................................... v Artroskopickém centru zdravotnického zařízení.

V souvislosti s expresním předoperačním vyšetřením poskytne zdravotnické zařízení pacientovi tyto služby:

* provede předoperační vyšetření pacienta v předepsaném rozsahu, a to v areálu nemocnice, bez nutnosti navštěvovat jiná zdravotnická pracoviště mimo tento areál;
* provede předoperační vyšetření pacienta v den plánovaného operačního zákroku;
* vyčlení na dobu provádění předoperačního vyšetření osobu z vlastního zdravotnického personálu (zdravotní sestru), která bude pacientovi po celou dobu provádění předoperačního vyšetření poskytovat asistenci a bude za řádný průběh předoperačního vyšetření odpovědná;
* za předpokladu takového výsledku předoperačního vyšetření, který pacientovi umožní podstoupení operačního zákroku téhož dne, zajistí zdravotnické zařízení návaznost výkonu operačního zákroku na předoperační vyšetření.

Pacient se zavazuje uhradit za tuto nadstandardní službu zdravotnickému zařízení poplatek ve výši **1.500 Kč**, **splatný před nástupem** pacienta k expresnímu předoperačnímu vyšetření. O úhradě poplatku vydá zdravotnické zařízení pacientovi písemné potvrzení.

Pacient současně s učiněním této objednávky bere na vědomí a souhlasí s tím, že v případě, že se na základě objednaného a provedeného expresního předoperačního vyšetření ukáže, že není ve stavu způsobilém k podstoupení plánovaného operačního zákroku, nemá nárok na vrácení poplatku za expresní předoperační vyšetření.

V Berouně dne ………………………..................

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

pacient (jméno, podpis)