

POVERENIE NA VNÚTROŽILOVÚ APLIKÁCIU

Názov zdravotníckeho zariadenia: Sídlo:
Meno a priezvisko pacienta:
Rodné číslo pacienta:
Druh prípravku v presnom zložení: a) i. v. injekcia b) i. v. infúzia c) parenterálna výživa
Odtlačok pečiatky a podpis poverujúceho lekára potvrdzujúci poverenie a vykonanie poučenia sestry o jej postupe pri výskyte možných komplikácií:
Meno a priezvisko poverovanej sestry/pôrodnej asistentky a jej podpis potvrdzujúci, že s poverením súhlasí a bola poverujúcim lekárom zrozumiteľne, bez nátlaku a s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre súhlas s poverením, poučená o postupe pri výskyte možných komplikácií pri aplikácii:
Dátum poverenia: Doba aplikácie: <input type="checkbox"/> jednorazová aplikácia <input type="checkbox"/> od – do:

Dokument o poverení je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta podľa § 16 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Podpis poverenej osoby potvrdzujúci splnenie poverenia: