

Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů

Vyjádření o nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů pro účely evidence nesouhlasících osob v registru

Formulář bude zpracován elektronicky. Vypĺňujte jej, prosím, psacím strojem nebo hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma černou propisovací tužkou. Zaškrtnutí pole zaškrtněte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Ď D Ě Ě F G H I Í J K L M Ń O Ó P Q R Ŕ S Š Ť Ú Ů V W X Y Z Ž

A: Údaje o osobě nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů

Příjmení (současné)	Jméno	Titul 1)	Rodné číslo
Ulice 3)		Číslo popisné 3)	Číslo orientační 3)
Obec 3)		PSC 3)	Pohlaví: 1) <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Místo narození 1)	Datum narození 2)		Rodné příjmení 1)

B1: Rozsah nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů

Nesouhlasím s posmrtným odběrem všech tkání a orgánů: ☐

Nesouhlasím s posmrtným odběrem těchto orgánů: srdce ☐ játra ☐ plíce ☐ ledviny ☐ tenké střevo ☐ slinivka břišní ☐

Nesouhlasím s posmrtným odběrem těchto typů tkání: kostní ☐ oční ☐ srdeční ☐ cévní ☐ kožní ☐ vazy, šlachy, fascie ☐

jiné ☐

Další upřesnění nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů:

B2: Zrušení nesouhlasu

Ruším nesouhlas s posmrtným odběrem všech tkání a orgánů: ☐

C: Případný zákonný zástupce (opatrovník)

Příjmení (současné)	Jméno	Titul 1)
Vztah zákonného zástupce (opatrovníka) k osobě nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání a orgánů		Zákonný zástupce:
		<input type="checkbox"/> nezletilé osoby <input type="checkbox"/> osoby zbavené právní způsobilosti ⁶⁾

D: Místo, datum, čas a podpis osoby uvedené v části A případně C

Souhlasím, aby Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy vedlo a zpracovávalo veškeré vyplněné údaje. Souhlasím se sdělováním těchto údajů zdravotnickým zařízením k tomu oprávněným za účelem ověření registrace mé osoby v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje v tomto formuláři jsou pravdivé a úplné.

V

Dne

Čas

Podpis osoby uvedené v části A případně C

E1: Úřední ověření

Úřední ověření podpisu osoby nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů, případně zákonného zástupce (opatrovníka):

E2: Stvrzení zápisu pořízeného ve zdravotnickém zařízení

Identifikace zdravotnického zařízení	IC (identifikační číslo)
Sídlo zdravotnického zařízení - ulice	Číslo popisné
Obec	Číslo orientační
Ošetřující lékař - příjmení	PSC
Jméno	Titul
1. svědek - příjmení	Jméno
Titul	
2. svědek - příjmení ⁹⁾	Jméno
Titul	
Dne	
Čas	
Souhlasím, aby Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy vedlo a zpracovávalo o mé osobě jméno, příjmení a titul.	
podpis a razítko ošetřujícího lékaře	podpis 1. svědka
	podpis 2. svědka

6544344987