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. Vyplňujte jej, prosím, psacím strojem nebo hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma černou propisovací tužkou. Zaškrtávací pole zaškrtněte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č D Ď É Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q R Ř S Š Ť Ú Ů V W X Ý 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)** / | **Pohlaví: 1)** ☐ *muž* ☐ *žena*

Obec 3) | **PSČ 3)** | **Datum narození 1, 2)** . .

Místo narození 1) | **Rodné příjmení 1)**

B1: Rozsah nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů 4)

Nesouhlasím s posmrtným odběrem všech tkání a orgánů: ☐

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

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 5)

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: ☐ *nezletilé osoby* ☐ *osoby zbavené právní způsobilosti* 6)

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

Souhlasím, aby Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále ÚZIS ČR) vedl a zpracovával 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/Ve

Dne **Čas** : :

Podpis osoby uvedené v části A případně C

E1: Úřední ověření 7)

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

E2: Stvrzení zápisu pořízeného ve zdravotnickém zařízení: 8)

Identifikace zdravotnického zařízení | **IČ (identifikační číslo)**

Sídlo zdravotnického zařízení - ulice | **Číslo popisné** | **Číslo orientační** /

Obec | **PSČ**

Ošetřující lékař - příjmení | **Jméno** | **Titul**

1. svědek - příjmení | **Jméno** | **Titul**

2. svědek - příjmení 9) | **Jméno** | **Titul**

Dne . .

Čas :

Souhlasím, aby ÚZIS ČR vedl a zpracovával veškeré vyplněné údaje. Souhlasím se sdělováním těchto údaju zdravotnickým zařízením k tomu oprávněným za účelem oveření registrace mé osoby v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánu.

podpis a razítko ošetřujícího lékaře | *podpis 1. svědka* | *podpis 2. svědka*

1452591759

Úřední potvrzení. Používejte pouze v případě, kdy se úřední potvrzení nevejde do části E1!

Pokyny pro vyplňování formuláře

Tento formulář slouží pro vyjádření nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů pro potřebu registrace v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů [§11 odst.1 písm. a), §18 a §21 odst. 1 písm. d) zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)]. Změnu již zaevidovaných údajů v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů lze provést zasláním nového vyjádření o nesouhlasu. Dosud evidované údaje budou zneplatněny a nahrazeny údaji z tohoto nového vyjádření o nesouhlasu.

Poznámky:

1) Vyplnění této položky není vyžadováno zákonem, ale vzhledem k existujícím duplicitám povinných identifikačních údajů ji doporučujeme vyplnit.
2) Závazně se vyplňuje v případě, není-li přiděleno rodné číslo.
3) Na tuto adresu Vám bude zaslána informace o zaevidování do registru.
4) Vaši vůli vyjádřete zaškrtnutím do okénka (ve tvaru x). Do pole pro text lze požadavek slovně upřesnit.
5) Touto volbou se ruší dříve vyslovený nesouhlas s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů. V případě vylpnění části B2 a současně B1 nebudou údaje uvedené na formuláři zpracovány. O této skutečnosti budete písemně informováni.
6) Osobou zbavenou právní způsobilosti se rozumí osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu.
7) Část E1 se vyplňuje v případě, kdy je zápis pořízen osobou nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání a orgánů mimo zdravotnické zařízení. Pakliže je zápis úředně ověřen v části E1, není třeba vyplňovat část E2 formuláře.
8) Část E2 se vyplňuje v případě, kdy osoba nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání a orgánů vyslovila tento nesouhlas ve zdravotnickém zařízení. Pokud se vyplňuje část E2, není třeba vyplňovat část E1 formuláře [§16 odst. 1 písm. a) a odst. 2 transplantačního zákona].
9) Podpis druhého svědka se vyžaduje v případě, že pacient není s ohledem na svůj zdravotní stav schopen se sám podepsat.

Místo doručení:

Náležitě vyplněný formulář se doručuje na adresu zpracovatele Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů:

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Palackého náměstí 4, P.O.Box 60
128 00 Praha 2