***Meno, priezvisko, trvalé bydlisko navrhovateľa, kontaktné údaje (telefón, mail)***

**Okresný súd .....** (*príslušný podľa miesta trvalého bydliska pacienta)*

 **Adresa súdu**

Vec

**Návrh na ustanovenie opatrovníka na udelenie informovaného súhlasu k invazívnemu zdravotnému výkonu „Perkutánna endoskopická gastrostómia“**

Vážený súd,

 v súlade so zákonom č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov a v súlade so zákonom č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov žiadame Okresný súd ............, aby **neodkladným opatrením ustanovil opatrovníka pacientovi/-tke**:

Titul, meno, priezvisko: **.........................................................**

Trvale bytom: .........................................................

Dátum narodenia: ..........................................................

Rodné číslo: .......................................................... (ďalej len „*pacient*“),

ktorý **z dôvodu jeho aktuálneho zdravotnej stavu nie je spôsobilý udeliť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti – Fakultnej nemocnici s poliklinikou Žilina**, Vojtecha Spanyola 1740/43, 012 07 Žilina (ďalej len *„FNsP Žilina“*), u ktorého je aktuálne hospitalizovaný, **písomný informovaný súhlas v zmysle § 6 ods. 5 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „*zákon č. 576/2004 Z. z.*“) **k zdravotnému výkonu** „***Perkutánna endoskopická gastrostómia“***, ktorý je ošetrujúcim lekárom Gastroenterologického centra FNsP Žilina indikovaný k správnemu poskytnutiu včasnej a účinnej liečby pacienta **počas jeho hospitalizácie vo FNsP Žilina.**

Preto žiadame, aby súd **ustanovil za opatrovníka:**

Titul, meno, priezvisko: **.........................................................**

Trvale bytom: .........................................................

Dátum narodenia: ..........................................................

Rodné číslo: .......................................................... (ďalej len „*opatrovník*“),

ktorý je *manželom/manželkou/synom/dcérou/rodičom* pacienta, a ktorý bude oprávnený ako súdom ustanovený opatrovník pacienta po predchádzajúcom poučení zo strany ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka **oprávnený udeliť, alebo aj odmietnuť udeliť, informovaný súhlas k poskytnutiu hore uvedeného zdravotného výkonu pacientovi** „***Perkutánna endoskopická gastrostómia“***.

**Odôvodnenie návrhu:**

Podľa § 6 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. informovaný súhlas (ďalej aj „IS“) je preukázateľný súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia, ak v tomto zákone nie je ustanovené inak (§ 6, § 27 ods. 1, § 40 ods. 2 citovaného zákona).

Podľa § 6 ods. 5 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. sa písomná forma informovaného súhlasu vyžaduje **pred vykonaním invazívnych zákrokov v celkovej anestéze alebo lokálnej anestéze.**

Informovaný súhlas dáva, ak zákon č. 576/2004 Z. z. neustanovuje inak,

a) **osoba, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť**, alebo

b) **zákonný zástupca**, ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas; takáto osoba sa podieľa na rozhodovaní v najväčšej miere, ktorú dovoľujú jej schopnosti.

Hore uvedený pacient je osoba plne spôsobilá na právne úkony. V zmysle § 10 Občianskeho zákonníka nejde o osobu s duševnou poruchou alebo osobu, ktorá nadmerne požíva alkoholické nápoje alebo omamné prostriedky či jedy, ktoré ju robia neschopnou na všetky alebo niektoré právne úkony. Z tohto dôvodu nie je možné žiadať o obmedzenie jej spôsobilosti podľa § 10 OZ. Avšak pacient nie je schopný prejaviť svoju vôľu v podobe udelenia informovaného súhlasu alebo jeho odmietnutia, pretože jeho kognitívne schopností významne obmedzené a jeho zdravotný stav mu neumožňuje IS udeliť, t. z. **ide doslovne o osobu fyzicky nespôsobilú udeliť IS poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti**

Hore identifikovaný pacient nie je schopný prijímať potravu per os, musí byť živený prostredníctvom nazogastrickej sondy, ktorá však z dlhodobého hľadiska môže spôsobovať dekubity sliznice nosa, hltana a pažeráka, a preto je z dlhodobého hľadiska u pacienta indikované ošetrujúcim lekárom Gastroenterologického centra FNsP Žilina zavedenie PEGu. Taktiež vzhľadom na neurologický deficit pacienta, tento nerozumie hovorenej ani písanej reči a nevie komunikovať, preto nevie sám udeliť informovaný súhlas so zdravotným výkonom, ktorý je však vzhľadom na jeho zdravotný stav a potrebu adekvátnej výživy nutné realizovať. *Prispôsobiť alebo doplniť podľa potreby a inštrukcií ošetrujúceho lekára...*

Týmto vyjadrujem súhlas, aby ma Okresný súd ............. ustanovil za opatrovníka môjho *manžela/manželku/dcéru/syna/otca/matku* ako pacienta FNsP Žilina identifikovaného hore a zároveň čestne vyhlasujem, že som plne spôsobilý chrániť záujmy tohto pacienta a že budem postupovať zodpovedne a v súlade s najlepším záujmom tohto pacienta.

S pozdravom

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

 *Meno, priezvisko navrhovateľa*

**Prílohy:**

1. Lekárska správa MUDr. ...................., Gastroenterologické centrum FNsP Žilina
2. Potvrdenie všeobecného lekára pacienta k zákazu poskytovať/sprístupňovať údaje zo zdravotnej dokumentácie pacienta (§ 25 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z. z.)