

VZOR

**POVERENIE NA INTRAVENÓZNU APLIKÁCIU LIEKOV A PARENTERÁLNEJ VÝŽIVY**

Ústavné zdravotnícke zariadenie/oddelenie:

- .....
- .....

Ambulantné zdravotnícke zariadenie:\*

- ..... meno a priezvisko osoby .....
- r. č. osoby .....
- ..... meno a priezvisko osoby .....
- r. č. osoby .....

Poverujem registrovanú/é sestru/y (registrovanú/é pôrodnú/é asistentku/y)\*\*

.....

.....

.....

.....

intravenóznou aplikáciou liekov a parenterálnej výživy na základe ordinácií uvedených v zdravotnej dokumentácii osoby.

Dátum:

Platnosť poverenia do: .....

(Poznámka: maximálne na pol roka)

Odtlačok pečiatky a podpis poverujúceho lekára potvrdzujúci poverenie a vykonanie poučenia registrovanej sestry alebo registrovanej pôrodnej asistentky o jej postupe pri výskyte komplikácií:

.....

Potvrdzujem svojím podpisom, že som bola poverujúcim lekárom zrozumiteľne poučená o postupe pri výskyte komplikácií pri intravenóznej aplikácii a že som mala možnosť bez nátlaku a dostatočný čas na slobodné rozhodnutie a s poverením súhlasím.

Meno, priezvisko a podpis poverenej/ých registrovanej/ých sestry/ier (registrovanej/ých pôrodnej/ých asistentky/iek):

.....

Dokument o poverení je súčasťou zdravotnej dokumentácie podľa § 19 ods. 2 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

\* Uvedie sa druh zdravotníckeho zariadenia a rodné číslo pacienta.

\*\* Uvedie sa meno a priezvisko poverenej/ých sestry/estier alebo pôrodnej asistentky/pôrodných asistentiek.