

# Plná moc a pokyny pro léčebnou péči

1. Já, \_\_\_\_\_  
(jméno, příjmení) (datum a místo narození)

v tomto dokumentu uvádím své pokyny k léčbě a ustanovuji svého zmocněnce pro diagnostickou a léčebnou péči pro případ, že bych sám/sama nebyl(a) schopen(na) vykonávat právní úkony.

2. Jsem svědkem Jehovovým a tímto dokumentem dávám pokyn, abych za všech okolností byl(a) léčen(a) **BEZ POUŽITÍ TRANSFUZE plné krve, červených krvinek, bílých krvinek, destiček nebo plazmy**, a to i v případě, že by se lékaři domnívali, že pouze transfuze zachrání můj život. Odmítám také odběr mé krve pro uskladnění a pozdější transfuzi.

3. **Drobné krevní frakce:** [svými iniciálami jsem vlastnoručně označil(a) možnost, kterou jsem si vybral(a)]

(a) \_\_\_\_\_ ODMÍTÁM VŠE

(b) \_\_\_\_\_ ODMÍTÁM VŠE KROMĚ: \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_ Mohu přijmout některé drobné krevní frakce, ale podrobnosti by bylo třeba předem probrat se mnou, pokud budu schopen(na) právních úkonů, nebo s mým zmocněncem, pokud právních úkonů schopen(na) nebudu.

4. **Léčebné postupy, při kterých dochází k nakládání s mou vlastní krví** (omezení se netýká diagnostických postupů, jako je například odběr vzorků krve pro testy): [svými iniciálami jsem vlastnoručně označil(a) možnost, kterou jsem si vybral(a)]

(a) \_\_\_\_\_ ODMÍTÁM VŠE

(b) \_\_\_\_\_ ODMÍTÁM VŠE KROMĚ: \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_ Mohu přijmout určité diagnostické a léčebné postupy, které zahrnují nakládání s mou krví, ale podrobnosti by bylo třeba předem probrat se mnou, pokud budu schopen(na) právních úkonů, nebo s mým zmocněncem, pokud právních úkonů schopen(na) nebudu.

5. **Další údaje pro lékařskou péči** (například léky, které nyní užívám, alergie a zdravotní problémy):

6. **Tyto pokyny jsou právním úkonem** učiněným proto, aby bylo zajištěno mé právo zaručené článkem 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině (dále jen Úmluva), kde se praví: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“ Úmluva byla publikována pod č. 96/2001 Sb. m. s. a je pro Českou republiku účinná od 1. října 2001. Úmluva má povahu mezinárodní smlouvy a podle čl. 10 Ústavy České republiky je bezprostředně závazná a má přednost před zákonem. Nedávám nikomu (ani svému zmocněnci) oprávnění k tomu, aby mých pokynů zde uvedených nedbal nebo je zrušil. Pokud by moji rodinní příslušníci, příbuzní nebo přátelé s mým rozhodnutím nesouhlasili, jejich nesouhlas v žádném případě nezpochybňuje právní sílu ani vlastní podstatu mého odmítnutí krve a mých dalších pokynů.

7. Níže uvedenou osobu určuji jako svého zmocněnce, který za mě bude v rozsahu výše uvedených pokynů dělat rozhodnutí v oblasti diagnostické a léčebné péče a bude vykonávat veškerá práva, která mám já sám/sama jako pacient(ka). Pro případ, že by můj zmocněnec nebyl k dispozici, nemohl nebo nechtěl vykonávat svou úlohu, uvádím níže náhradního zmocněnce, který má stejné oprávnění a stejnou autoritu.

Zmocněnec: \_\_\_\_\_ Náhradní zmocněnec: \_\_\_\_\_  
(Jméno a příjmení) (Jméno a příjmení)

8. Datum: \_\_\_\_\_ Můj vlastnoruční podpis: \_\_\_\_\_

Úřední ověření mého podpisu:

## ZMOCNĚNEC PRO LÉČEBNOU PÉČI

Celé jméno: \_\_\_\_\_

Datum a místo narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon(y): \_\_\_\_\_

Vyjádření zmocněnce: Plnou moc v uvedeném rozsahu přijímám.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis zmocněnce: \_\_\_\_\_

## NÁHRADNÍ ZMOCNĚNEC

Celé jméno: \_\_\_\_\_

Datum a místo narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon(y): \_\_\_\_\_

Vyjádření náhradního zmocněnce: Plnou moc v uvedeném rozsahu přijímám.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis náhradního zmocněnce: \_\_\_\_\_

Plná moc a pokyny pro léčebnou péči  
(podepsaný dokument uvnitř)

# ŽÁDNOU KREV

