

INFORMOVANÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Identifikační údaje pacienta/tky	
Jméno a příjmení:	
Rodné číslo:	
Trvalé bydliště:	
Zdravotní pojišťovna:	
Oddělení:	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka	
Jméno a příjmení:	
Rodné číslo:	
Trvalé bydliště:	
Vztah k pacientovi:	

Vzdání se podání informací o mém zdravotním stavu

Byl/a jsem poučen/a o této možnosti a výslovně se vzdávám podání informace o mém zdravotním stavu.
(V případě vzdání se podání informace prosím zakřížkujte).

Důvod hospitalizace:

Já, pacient/ka (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně lékařem informována o důvodech a nutnosti hospitalizace, o akutním zdravotním stavu a s jeho možným vývojem, o výhodách diagnostického a léčebného postupu a o jeho předpokládané úspěšnosti a důsledcích. Rovněž jsem byl/a seznámena s důsledky a možnými komplikacemi, riziky a následky pokud hospitalizaci odmítnu a s alternativními postupy při samotné léčbě či diagnostice. Dále mi byly objasněny možné problémy během uzdravování a možná omezení v obvyklém způsobu života. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno.

Byl/a jsem seznámen/a s právem kdykoliv hospitalizaci odmítnout či přerušit. Beru na vědomí, že toto eventuální rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na další přístup k mé osobě jako k pacientovi nemocnice ze strany lékaře a ošetřujícího personálu. Jsem způsobilá/ý k podpisu tohoto souhlasu.

Souhlasím s prováděním zdravotnických úkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby např. aplikace injekcí, infuzí, odběry biologického materiálu, kanylace periferní žíly a další potřebné a kontrolní vyšetřovací zdravotnické výkony, metody.

O provedení specializovaných výkonů budu informován lékařem, který mně v určených případech kromě nezbytné ústní informace předloží k podpisu i konkrétní informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších organizačních a léčebných kroků (opatření) nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby tyto byly provedeny dle uvážení lékaře.

Prohlašuji, že jsem lékaři nezamířel/a žádné mně známé údaje o svém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí.

S hospitalizací souhlasím.

V Hořovicích dnev.....hodin

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....
podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let

.....
jmenovka a podpis lékaře

Vyplní lékař v případě neschopnosti podpisu:

Pacient/ka není schopen(a) podpisu z důvodu:.....

Způsob projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka (není-li svědek zaměstnancem nemocnice, uveďte i adresu a datum narození svědka:

.....

V Hořovicích dnev.....hodin

.....

podpis svědka

.....

podpis a jmenovka lékaře

PROHLÁŠENÍ SPOJENÉ S HOSPITALIZACÍ1. Podávání informací o zdravotním stavuA. Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoli osobě

B. Dávám tímto souhlas, aby o mém zdravotním stavu byli informováni:

- jméno, příjmení.....vztah:.....
telefon.....
- jméno, příjmení.....vztah:.....
telefon.....

Tyto osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat výpisy a kopie

 ANO NE

(NH může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí, přesáhnou náklady spojené s jejich pořízením.)

C. Souhlasím s informováním mnou určených osob o mém zdravotním stavu

-
- v plném rozsahu
-
-
- pouze v následujícím rozsahu (prosím uveďte)

.....

D. Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem

-
- ústně
-
-
- písemně
-
-
- telefonicky PIN/heslo:.....

Informace o mém zdravotním stavu po telefonu lze poskytovat pouze osobám výše uvedeným a jen v případě uvedení komunikačního hesla/PIN. Pokud neurčím jinak, heslo tvoří první čtyři číslice rodného čísla.

E. Souhlasím se sdělováním informací týkající se mého zdravotního stavu při vizitách před ostatními pacienty.

 ANO NE

2. Jsem seznámen/a:

- s Domácím řádem oddělení, s Právy pacientů, s Chartou práv dětí v nemocnici (tyto dokumenty jsou viditelně vyvěšeny na oddělení)
- s obsluhou signalizačního zařízení, obsluhou polohovacího lůžka
- s možností uložit cennosti, finanční hotovost a další majetek do úschovny na oddělení a v pracovní dny do trezoru nemocnice a jsem poučen/a, že v případě nevyužití této možnosti Nemocnice Hořovice nezodpovídá za případné ztráty mého majetku

3. Souhlasím s umístěním identifikačního náramku na zápěstí (kotník), který bude obsahovat mé jméno, příjmení, datum narození, kód zdravotní pojišťovny a identifikaci lůžkového oddělení.

 ANO NE4. Souhlasím s umístěním mého jména na elektronické informační tabuli a s označením lůžka jménem a datem narození ANO NE

5. Na mém ošetřování se mohou účastnit studenti lékařských fakult, studenti nelékařských zdravotnických oborů, kteří zde provádějí praxi pod dohledem odborného zdravotnického personálu NH.

 ANO NE

6. Mé osobní údaje a údaje ze zdravotnické dokumentace týkající se mého zdravotního stavu budou poskytnuty v případě poškození mého zdraví pojišťovně, u které má Nemocnice Hořovice pojištěnu odpovědnost za škodu a pojistnému makléři spravujícímu tato pojištění. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.

 ANO NE

7. Pokud v průběhu mé hospitalizace budou pořízeny audiovizuální záznamy mé léčby, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích zdravotnického zařízení, na kongresech, eventuálně publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jen z těch částí mého těla, které přímo souvisejí s léčbou. Nebudou u těchto prezentací zveřejňovány mé osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé osobní údaje (datum narození, rodné číslo) ani další znaky, které by vedly k identifikaci mé osoby.

 ANO NE

8. Byl/a jsme poučen/a, že v Nemocnici Hořovice s k mé léčbě budou používat pouze léky ordinované mi ošetřujícím lékařem. Bez souhlasu lékaře nebudu užívat žádné léky. Veškeré léky, které jsem pro sebe případně přinesl do nemocnice, odevzdám ošetřujícímu personálu a tyto mi budou vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu, přebírám veškerou odpovědnost v případě zneužití třetí osobou.

9. Prohlašuji, že veškeré elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví Nemocnice Hořovice a které budu v nemocnici používat, jsou bez závad a budou používány v souladu s řádem oddělení. Jsem srozuměn/a, že jsem případně zodpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

10. Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření ve vnitřních prostorách nemocnice a zavazuji se jej dodržovat.

V Hořovicích dnev.....hodin

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....
podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let

.....
jmenovka a podpis sestry/NLZP

V případě neoznačení políček ANO - NE se předpokládá, že pacient projevuje souhlas s daným faktem.