

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	

Důvod hospitalizace

--

Já, pacient/ka (zákonný zástupce/opatrovník) prohlašuji

- Byl/a jsem srozumitelně lékařem informován/a o důvodech a nutnosti hospitalizace.
- Byl/a jsem srozumitelně lékařem informován/a o mém aktuálním zdravotním stavu/zdravotním stavu dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem/o zdravotním stavu osoby, jejíž jsem opatrovníkem a jeho možném vývoji.
- Byl/a jsem srozumitelně lékařem informován/a o výhodách diagnostického a léčebného postupu, jeho předpokládané úspěšnosti a důsledcích.
- Byl/a jsem seznámen/a s důsledky a možnými komplikacemi, riziky a následky, pokud hospitalizaci odmítnu.
- Byl/a jsem seznámen/a s alternativními postupy léčby a diagnostiky.
- Byly mi objasněny možné problémy a komplikace 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 výkonů a intervencí nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby.
- O provedení specializovaných výkonů budu informován/a 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 mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí.

Souhlas s hospitalizací

- Souhlasím s hospitalizací.**
- Vzdávám se informace o zdravotním stavu** (Byl/a jsem poučen/a o této možnosti a výslovně se vzdávám podání informace o mém zdravotním stavu.

Místo**V Hořovicích****Datum****Čas****Podpis pacienta****Podpis zákonného zástupce/opatrovníka****Podpis nezletilého pacienta
staršího 14 let****Jmenovka a podpis lékaře****V případě neschopnosti podpisu vyplní lékař**

Pacient/ka není schopen/a podpisu:

- Aktuální zdravotní stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu.**
- Aktuální zdravotní stav pacienta neumožnil písemné vyjádření k navrženému postupu.**

Způsob projevu souhlasu**Místo****V Hořovicích****Datum****Čas****Jmenovka a podpis svědka****Jmenovka a podpis lékaře**

PROHLÁŠENÍ SPOJENÉ S HOSPITALIZACÍ

A. Podávání informací o zdravotním stavu

Tímto dávám souhlas, aby o mém zdravotním stavu byly výhradně informovány tyto osoby:

Jméno a příjmení	
Vztah k mé osobě	
Telefonický kontakt	

Jméno a příjmení	
Vztah k mé osobě	
Telefonický kontakt	

Souhlasím s informováním mnou určených osob o mém zdravotním stavu v plném rozsahu.

Pouze v následujícím rozsahu (prosím uveďte).

.....
 Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoli osobě.

- B.** Tyto osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace o mě vedené, pořizovat z ní výpisy a kopie. Nemocnice může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením.
- C.** Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným, výše uvedeným osobám poskytovány ústně a telefonicky, a to pouze v případě uvedení komunikačního hesla. Pokud neurčím jinak, heslo tvoří první čtyři číslice rodného čísla.

Heslo pro komunikaci je:

- D.** Souhlasím se sdělováním informací týkajících se mého zdravotního stavu při vizitách před ostatními pacienty.
 Nesouhlasím se sdělováním informací týkajících se mého zdravotního stavu při vizitách před ostatními pacienty.
- E.** Jsem seznámen/a s Vnitřním řádem nemocnice, Domácím řádem oddělení, Právy pacientů/Chartou práv dětí v nemocnici (tyto dokumenty jsou viditelně vyvěšeny na oddělení).
- F.** Jsem seznámen/a s obsluhou signalizačního zařízení a obsluhou polohovacího lůžka.
- G.** Jsem seznámen/a s možností uložit cennosti, finanční hotovost a další majetek do úschovny na oddělení a v pracovní dny do trezoru nemocnice. Jsem poučen/a, že v případě nevyužití této možnosti Nemocnice Hořovice nezodpovídá za případné ztráty mého majetku.
- H.** Souhlasím s umístěním identifikačního náramku na zápěstí, náramek bude obsahovat mé jméno, příjmení, datum narození, čárový kód a unikátní číselný kód generovaný nemocničním informačním systémem.
 Nesouhlasím s umístěním identifikačního náramku.
- I.** Souhlasím s umístěním mého jména na elektronické informační tabuli.
 Nesouhlasím s umístěním mého jména na elektronické informační tabuli.
- J.** Souhlasím s označením lůžka, na které jsem uložen/a, jménem, příjmením a datem narození.
 Nesouhlasím s označením lůžka, na kterém jsem uložen/a.
- K.** Na mém ošetřování se mohou účastnit studenti lékařských fakult a studenti nelékařských zdravotnických oborů, kteří zde provádějí praxi pod dohledem odborného zdravotnického personálu Nemocnice Hořovice.
 Nepřeji si účast studentů lékařských fakult a nelékařských zdravotnických oborů v rámci poskytování zdravotní péče mé osobě.

- L.** 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.
- M.** Pokud v průběhu mé hospitalizace budou pořízeny audiovizuální záznamy mé léčby, mohou být použity pro vědecké a studijní účely, 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 a citlivé údaje o mé osobě ani další znaky, které by vedly k identifikaci mé osoby.
 Nesouhlasím s pořizováním audiovizuálních záznamů z průběhu mé hospitalizace a léčby.
- N.** Byl/a jsem poučen/a, že v Nemocnici Hořovice k mé léčbě budu používat pouze léky ordinované mi ošetřujícím lékařem. Bez souhlasu lékaře nebudu užívat žádné léky. Veškeré léky, které jsem pro sebe případně přinesl/a 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.
- O.** 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.
- P.** Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření ve vnitřních prostorách nemocnice a zavazuji se jej dodržovat.

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

Prohlášení spojené s hospitalizací	
Místo	V Hořovicích
Datum	
Čas	
Podpis pacienta Podpis zákonného zástupce/opatrovníka	
Podpis nezletilého pacienta staršího 14 let	
Jmenovka a podpis NLZP	