**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 nezamlčel/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 dne …………………..………….v…………..…….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 dne …………………..………….v…………..…….hodin

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

podpis svědka podpis a jmenovka lékaře

**PROHLÁŠENÍ SPOJENÉ S HOSPITALIZACÍ**

1. Podávání informací o zdravotním stavu

A. □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 □NE

4. 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 dne …………………..………….v…………..…….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.