

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 informován/a 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 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. Prohlašuji, že jsem svéprávná/ý a způsobilá/ý právně jednat, tj. podepsat tento souhlas s hospitalizací.

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 úkony byly provedeny dle uvážení lékaře.

Jsem si vědom/a a souhlasím, že v případě nutnosti mohou být použity omezovací prostředky dle zákona č. 372/2011 Sb., § 39 odst. 2 a to v těchto situacích:

pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob (např. stav po anestezii, operaci, výkonu, apod.) a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití a poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu podle zákona, přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.

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

S hospitalizací souhlasím.

Ve Zlíně 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:

Ve Zlíně dnev..... hodin

.....
podpis svědka

.....
jmenovka a podpis 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, příjmenívztah:.....
telefon.....
- jméno, příjmenívztah:.....
telefon.....

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

ANO NE

(Krajská nemocnice T. Bati, a. s. 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. 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 mého 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).

ANO NE

3. 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 T. Bati, a. s. pojištěnu odpovědnost za škodu a pojistnému makléři spravujícímu tato pojištění. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.

ANO NE

* Pokud zákonný zástupce, opatrovník atd. žádnou osobu takto neurčí, body B, C, D se proškrtnou.

4. 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

5. V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.

ANO NE

6. Souhlasím s uchováváním a použitím biologického materiálu v rámci běžných diagnostických a léčebných postupů pro potřeby lékařské vědy a výzkumu a s event. zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích při zachování anonymity.

ANO NE

7. Byl/a jsem poučen/a, že v nemocnici T. Bati, a. 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/a do nemocnice, odevzdám ošetřujícímu personálu. Tyto léky mi budou vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu, přebírám veškerou odpovědnost v případě zneužití třetí osobou.

8. Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti studentů a stážistů nahlížet do mojí zdravotnické dokumentace a podílet se na zdravotní péči a že jsem byl/a poučen/a o možnosti přítomnost studentů a stážistů odmítnout.

ANO NE

Ve Zlíně 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.



2 190000 281016

28101