

SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ A PODÁVÁNÍM INFORMACÍ

Jméno a příjmení: _____

Pojišťovna: _____

Rodné / identifikační číslo: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Číslo občanského průkazu / pasu: _____

- A. Přeji si být informován/a o svém zdravotním stavu: ☐ ANO ☐ NE
- B. Souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon zdravotnického povolání včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace: ☐ ANO ☐ NE
- C. Byl/a jsem poučen/a o užívání léčiv během hospitalizace a bez souhlasu ošetřujícího lékaře nebudu užívat žádné léky. Veškerá léčiva předám ošetřujícímu personálu a při ukončení hospitalizace budou nepoužitá léčiva vrácena.
- D. Byl/a jsem seznámen/a a zavazuji se dodržovat individuální léčebný režim, Vnitřní řád Nemocnice Na Františku a řád pracoviště, zákaz kouření (mimo vyhrazených míst), práva a povinnosti pacientů (dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění) a zákaz vnášení zbraní.
- E. Byl/a jsem poučen/a o možnosti uložit cennosti (hotovost, platební karty, šperky) v pokladně nemocnice a jsem si vědom/a všech rizik, pokud tak neučiním.
- F. Byl/a jsem poučen/a o bezpečném používání mnou vnesených elektrických spotřebičů (např. holicí strojek, osobní počítač, nabíječka) a jsem si vědom/a odpovědnosti za případné škody, včetně újmy na zdraví, způsobené jejich nesprávnou funkcí.
- G. Byl/a jsem poučen/a, že pořizování a zveřejňování audiovizuálních nahrávek není povoleno, pouze v případě souhlasu personálu a zákonného důvodu k ochraně svých práv nebo práv jiných osob.
- H. Uvádím heslo pro sdělování informací určeným osobám (telefonicky, osobně, písemně):

Ch. Souhlasím s poskytováním informací o svém zdravotním stavu včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování výpisů či kopií a zástupného souhlasu poskytování zdravotních služeb těmto osobám:

1. Jméno a příjmení, vztah: _____ tel.: _____

Kontaktní adresa: _____

2. Jméno a příjmení, vztah: _____ tel.: _____

Kontaktní adresa: _____

I. Vyslovuji zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:

1. Jméno a příjmení, vztah: _____
2. Jméno a příjmení, vztah: _____

J. Byl/a jsem seznámen/a s informacemi o zpracování a ochraně mých osobních údajů podle ustanovení čl. 13 a byl/a jsem poučen/a o právech dle čl. 15 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679.

K. Byl/a jsem lékařem srozumitelně informován/a o důvodech hospitalizace a na základě podaných informací souhlasím s hospitalizací. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné a nemám další otázky. Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Souhlas mohu kdykoliv odvolat či změnit.

V Praze dne _____ 20____ v _____ hod.

Podpis pacienta / zákonného zástupce / opatrovníka

V Praze dne _____ 20____ v _____ hod.

Podpis a jmenovka zdravotnického pracovníka

Nemůže-li se pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka: _____

Způsob, jakým pacient projevil vůli: _____

Důvod nepodepsání souhlasu: _____

Podpis svědka

L. Změny provedené pacientem / zákonným zástupcem / opatrovníkem v průběhu hospitalizace (udělení zákazu s poskytováním informací o zdravotním stavu, pořizování výpisů, kopií, zákazu návštěv atd.):

V Praze dne _____ 20____ v _____ hod.

Podpis pacienta / zákonného zástupce / opatrovníka

V Praze dne _____ 20____ v _____ hod.

Podpis a jmenovka zdravotnického pracovníka