INFORMOVANÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ A POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ

Pacient /**štítek**: Razítko oddělení:

RČ pacienta:

Adresa:

Pojišťovna (úhrada):

A) Vzdání se práva na podání informace o zdravotním stavu ***nehodící se škrtněte***

Přeji si být informován/a o svém zdravotním stavu: ANO / NE*

B) Záznam o vyjádření souhlasu/nesouhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu

Mám právo určit osoby, kterým mohou být poskytnuty informace o mém zdravotním stavu a osoby, kterým informace být poskytnuty nesmí. Mám právo určit osoby, které smí nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (dále jen „ZD“) a pořizovat si její výpisy či kopie. Jsem si vědom/a, že v případě zhoršení mého zdravotního stavu budou informovány uvedené osoby a byl/a jsem poučen/a, že mohu určit osobu, která za mě bude rozhodovat, nebudu-li moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb.

VYSLOVUJI ZÁKAZ podávat informace o svém zdravotním stavu **jakékoli/níže*** uvedené osobě**:**

SOUHLASÍM s podáváním informací o svém zdravotním stavu **jen níže uvedeným osobám** při osobním kontaktu nebo telefonicky při uvedení hesla:

Jméno / Vztah / Adresa / Telefon	Informace po telefonu	Nahlížení do ZD	Pořizování výpisů/kopií ZD	Vyslovení souhlasu s poskytováním zdravotních služeb
	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*
	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*
	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*
	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*

C) Souhlas pacienta s hospitalizací

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 seznámen/a 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 způsobilý/á 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 výkony spojené se zdravotní péčí. V případě, že při ošetřování mé osoby dojde k poranění zdravotnického pracovníka, který byl kontaminován mým biologickým materiálem, souhlasím s provedením nezbytných odběrů krve (např. HIV).
O provedení specializovaných výkonů budu informován/a lékařem, který mě v určených případech kromě nezbytné ústní informace předloží k podpisu i informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu zdravotnímu 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.

D) Užívání vlastních léků

Byl/a jsem poučen/a, že se 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 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.

SOUHLASÍM s výše uvedenými pravidly pro užívání léků: ANO / NE* Mám léky s sebou: ANO /NE*

E) Souhlas s prováděním vizit a jednoduchých lékařských výkonů

Souhlasím se sdělováním informací týkajících se mého zdravotního stavu při vizitách, včetně souvisejících výkonů prováděných v rámci vizit před ostatními pacienty. ANO / NE*

F) Soukromí a osobní údaje pacienta

Studující připravující se na výkon zdravotnického povolání a jejich vyučující mohou být přítomni při Vašich léčebných a diagnostických výkonech a mohou nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace. Do Vaší zdravotnické dokumentace mohou dále nahlížet členové akreditačních komisí a osoby sledující a vyhodnocující kvalitu poskytované péče. **Váš případný nesouhlas nemá žádný vliv na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb.**

SOUHLASÍM s přítomností výše uvedených osob a jejich možností nahlížet do mé zdrav. dokumentace.

ANO / NE*

G) Zákaz natáčení

Byl/a jsem poučen/a, že v MMN, a.s. je zakázáno pořizování obrazových, zvukových či audiovizuálních záznamů, s výjimkou případů, kdy se tak děje z medicínských a objektivních právních důvodů. V případě, že poruším tento zákaz a použitím záznamu vznikne MMN, a.s. nebo třetí osobě škoda, zavazuji se škodu v plné výši MMN, a.s. (resp. třetí osobě) nahradit.

H) Užívání vlastních elektrospotřebičů

Prohlašuji, že mé elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje bezpečné užívání a přejímám odpovědnost za vzniklé škody (včetně újmy na zdraví) způsobené jejich nesprávnou funkcí.

I) Zákaz kouření

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

J/ Poučení o zpracování osobních údajů

V souvislosti s vyplněním tohoto dokumentu, resp. s Vaší hospitalizací, pokud k ní dáváte souhlas, bude nemocnice MMN, a.s. zpracovávat osobní údaje (Vaše či jiných osob, pokud jste jejich osobní údaje do dotazníku uvedli). Ujišťujeme Vás, že zpracování osobních údajů a jejich ochraně věnujeme v našem zdravotnickém zařízení velkou pozornost. Podrobnější informace týkající se zpracování osobních údajů a toho, jaká máte v souvislosti s tímto zpracováním práva, naleznete v dokumentu nazvaném „Informace o zpracování osobních údajů pacientů v MMN, a.s.“. Dokument najdete na webovských stránkách naší nemocnice.

S hospitalizací souhlasím.

V …… dne …… v …… hodin

…….

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

…… ……

Podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let Jmenovka a podpis lékaře

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 ……

Prohlašuji, že jsem poučil/a pacienta shora uvedeným způsobem

v …… dne: ……

Podpis zdravotnického pracovníka …….