

Informovaný souhlas HOSPITALIZACE

Jméno a příjmení pacienta: _____

Rodné číslo: _____

Bydliště: _____

Důvod hospitalizace (srozumitelně, laicky):

Já, pacient/ka, prohlašuji, že mě lékař podrobně a srozumitelně:

- informoval o důvodech hospitalizace a způsobu léčby;
- informoval o mém aktuálním zdravotním stavu a jeho možném vývoji;
- informoval o výhodách diagnostického a léčebného postupu, jeho předpokládané úspěšnosti a důsledcích;
- seznámil s alternativními postupy léčby a diagnostiky;
- objasnil možné problémy a komplikace během uzdravování a možná omezení v obvyklém způsobu života;
- seznámil s důsledky a možnými komplikacemi, riziky a následky, pokud hospitalizaci odmítnu.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s právem kdykoli hospitalizaci odmítnout nebo přerušit. Beru na vědomí, že toto eventuální rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na další přístup k mé osobě ze strany lékaře a ošetřujícího personálu.

Dále prohlašuji, že:

- jsem měl/a možnost klást lékaři doplňující dotazy, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno.
- jsem způsobilý/á k podpisu tohoto souhlasu.
- jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit okolí.

Souhlasím s prováděním zdravotnických výkonů a intervencí nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby.

Dávám souhlas k tomu, aby v případě nutnosti mi byl odebrán biologický materiál (krev, moč atd.) k provedení potřebných vyšetření.

Dávám souhlas, aby mi v případě nutnosti podávání léků nebo krve do žíly, byla zavedena kanyla (hadička) do žíly.

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.

Byl/a jsem poučen/a, že mám právo vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu, a že rovněž mohu určit, které osobě má být tato informace podána, a to včetně určení rozsahu poskytnutých informací. Mohu také určit, zda tyto osoby mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě v případě, že nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně. Pro tyto účely slouží formulář Poskytování informací o zdravotním stavu, který jsem měl/a možnost vyplnit. Současně mám právo uplatnit tzv. dříve vyslovené přání, a to při přijetí k hospitalizaci nebo i v průběhu této hospitalizace. Jsem si vědom/a, že veškeré udělené souhlasy, popř. zákazy, mohu kdykoli po přijetí do péče odvolat nebo změnit.

Všem informacím uvedeným v tomto souhlasu jsem plně porozuměl/a. Má znalost jazyka, ve kterém je prohlášení psáno, je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Souhlasím s hospitalizací.

Jsem srozuměn/a a souhlasím se všemi dalšími skutečnostmi uvedenými v tomto souhlasu.

V Liberci dne: _____

Podpis pacienta: _____

(případně jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce)

Prohlašuji, že jsem pacienta osobně informoval/a, poučil/a a podal/a náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto souhlasu, včetně zodpovězení všech dotazů.

V Liberci dne: _____ Jméno a podpis lékaře: _____

Prohlášení spojené s hospitalizací

1. Prohlašuji, že jsem seznámen/a s Vnitřním řádem oddělení jednodenní péče Kliniky Movela a zavazuji se jej respektovat a dodržovat. Rovněž jsem seznámen/a s právy pacienta.
2. Prohlašuji, že jsem obdržel/a dokument Informace pro klienty oddělení jednodenní péče, že jsem si ho prostudoval/a a jsem srozuměn/a se všemi v něm obsaženými informacemi.
3. Prohlašuji, že jsem seznámen/a s obsluhou signalizačního zařízení a s obsluhou polohovacího lůžka.
4. Prohlašuji, že jsem seznámen/a s možností uložit cennosti, finanční hotovost a další majetek do trezoru na sesterně. Beru na vědomí, že můj majetek, který ponechám v pokoji, není možné ze strany kliniky ochránit proti odcizení, ztrátě či poškození.
5. Souhlasím s umístěním identifikačního náramku, obsahující jméno, příjmení a datum narození na zápěstí. Jsem si vědom/a všech rizik, které sebou případné odmítnutí tohoto souhlasu přináší.
6. Byl/a jsem poučen/a, že po dobu pobytu na klinice mi budou podávány pouze léky ordinované ošetřujícím lékařem. Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebudu užívat žádné vlastní léky. Veškeré léky, které jsem pro sebe případně přinesl/a odevzdám ošetřujícímu personálu v originálním obalu a tyto mi budou vráceny po ukončení hospitalizace.
7. Prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče (např. holicí stroje, fén, rádio, nabíječky, notebook apod.) jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za eventuální škody, včetně újm na zdraví způsobené jejich nesprávnou funkcí.
8. Beru na vědomí, že mé osobní údaje a údaje ze zdravotnické dokumentace týkající se mého zdravotního stavu budou v případě poškození mého zdraví poskytnuty pojišťovně, u které má klinika pojištění odpovědnost za škodu a pojišťovacímu makléři spravujícímu tato pojištění, za účelem vyřízení pojistné události. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.

Jestliže s některým výše uvedeným prohlášením nesouhlasíte, či máte jakékoli jiné výhrady či připomínky, uveďte je prosím zde:

V Liberci dne: _____

Podpis pacienta: _____

(případně jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce)

Prohlašuji, že jsem pacienta osobně informoval/a, o skutečnostech uvedených v tomto prohlášení souhlasu, včetně zodpovězení všech dotazů.

V Liberci dne: _____ Jméno a podpis NLZP: _____

POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Jméno a příjmení klienta: _____ Datum narození: _____

Máte právo vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě můžete určit, které osobě má být tato informace podána, a to včetně určení rozsahu poskytnutých informací. Můžete také určit, zda tyto osoby mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb v případě, že nebudete moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně. Současně máte právo uplatnit tzv. dříve vyslovené přání, a to při přijetí k hospitalizaci nebo i v průběhu této hospitalizace. Veškeré udělené souhlasy, popř. zákazy, můžete kdykoli po přijetí do péče odvolat nebo změnit.

1. Vzdání se a omezení podávání informací

- Vzdávám se práva na podání informace o mém zdravotním stavu.
- Vyslovuji zákaz s podáváním informací o mém zdravotním stavu jakékoli osobě.
- Vyslovuji zákaz s podáváním informací o mém zdravotním stavu těmto osobám:
- _____

2. Souhlas s podáváním informací všem, kteří sdělí heslo pro komunikaci uvedené ve vstupním formuláři

- Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu osobám, které sdělí heslo pro komunikaci.

3. Souhlas s poskytováním informací konkrétní osobě

Souhlasím, aby níže uvedená osoba:

- byla informována o mém zdravotním stavu i bez sdělení hesla pro komunikaci;
- vyslovila souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, pokud to můj zdravotní stav neumožní;
- nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a pořizovala kopie, výpisy či opisy.

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

E-mail: _____ Telefon: _____

Případné omezení rozsahu poskytovaných informací a souhlasů: _____

Informace o zdravotním stavu mohou být poskytovány telefonicky či e-mailem (zaheslovaně) na výše zadané kontaktní údaje, či osobně na základě ověření totožnosti; resp. po sdělení hesla pro komunikaci, který jste uvedl(a) ve Vstupním formuláři. Nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování kopií, výpisů a opisů je možné pouze na základě žádosti podepsané oprávněnou osobou (osobně s ověřením totožnosti či písemně s úředně ověřeným či elektronickým podpisem).

Datum: _____ Podpis: _____