

Informovaný souhlas s hospitalizací

Identifikační údaje pacienta		Identifikační údaje zákonného zástupce	
Jméno		Jméno	
Příjmení		Příjmení	
Rodné číslo		Bydliště	
Název oddělení		Vztah k pacientovi	

Souhlasím s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Roudnice nad Labem s.r.o. Při přijetí k hospitalizaci jsem byl/a ošetřujícím lékařem seznámena s důvodem přijetí. Byl/a jsem informován/a o mém zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu, zejména o povaze mé nemoci, o navrhovaných diagnostických a terapeutických výkonech a podávání léčivých přípravků.

Dále jsem byl/a poučen/a:

- o svých právech a povinnostech v souvislosti s pobytem v nemocnici,
- o zpracování osobních údajů, nezbytném nakládání v důsledku návaznosti poskytování zdravotních služeb a jejich archivaci,
- o způsobu získávání informací pro kontinuální zlepšení kvality poskytované zdravotnické služby a bezpečnosti pacienta,
- o možnosti podání stížnosti nebo vyjádření pochvaly,
- o režimu a Pobytovém řádu nemocnice,
- o připevnění náramku s mými identifikačními údaji, který budu mít po celou dobu hospitalizace
- o použití signalizačního zařízení k přivolání pomoci,
- o tom, že nebudu užívat žádná léčiva bez vědomí ošetřujícího lékaře,
- o možnosti uložení cenností a finanční hotovosti v trezoru nemocnice nebo oddělení. Pokud této možnosti nevyužiji, nemocnice neodpovídá za jejich ztrátu.

Informace o zdravotním stavu

Potvrzuji, že:

- mé otázky byly plně a srozumitelně zodpovězeny, s tím, že se mohu s dalšími otázkami obrátit na ošetřujícího lékaře,
- jsem byl/a poučen/a o mém právu určit osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, zároveň jsem byl/a poučen/a o mém právu, že určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace mohu kdykoliv odvolat,
- **souhlasím** s poskytováním informací o mém zdravotním stavu níže uvedené osobě, a to a v jakékoliv formě,
- této osobě mohou být poskytovány informace o mém zdravotním stavu také telefonicky, a to pouze po ověření hesla.

Heslo	
Identifikační údaje pověřené osoby	
Jméno a příjmení	
Kontaktní adresa	
Kontaktní tel.	
Vztah k pacientovi	
Souhlas s nahlížením a pořizováním kopii ZD pověřené osoby	
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

Identifikační údaje pověřené osoby	
Jméno a příjmení	
Kontaktní adresa	
Kontaktní tel.	
Vztah k pacientovi	
Souhlas s nahlížením a pořizováním kopii ZD pověřené osoby	
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

Souhlas pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace a přítomností osob (studentů, stážistů, praktikantů) získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich pedagogického dozoru při jeho vyšetřování a léčbě.

ANO NE

S ohledem na současnou celosvětovou pandemii je nutné upozornit, že žádná epidemiologická opatření nemohou zcela eliminovat možnost přenosu koronaviru COVID-19 a vyloučit možnost nákazy touto nemocí v podmínkách zdravotnického zařízení. Tuto okolnost je proto třeba zařadit mezi rizika spojená s poskytovanou zdravotní službou. Beru na vědomí uvedenou informaci, které jsem plně porozuměl a nežádám bližší vysvětlení. Vyjadřuji tímto svůj svobodný a informovaný souhlas s hospitalizací i za současných shora uvedených podmínek.

Prohlašuji, že jsem zdravotnímu personálu nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

V Roudnici nad Labem dne	
Podpis pacienta / zákonného zástupce	
Zdravotní stav nedovoluje pacientovi podepsat – důvod	
Pacient je seznámen a souhlasí (slovně, kývnutím hlavy)	
Jmenovka a podpis lékaře	
Jmenovka a podpis sestry	