Informovaný souhlas s hospitalizací

Identifikační údaje pacienta		Identifikační údaje zákonného zástupce/opatrovníka	
Jméno a příjmení		**Jméno a příjmení**	
Rodné číslo		**Datum narození**	
Bydliště		**Bydliště**	
		Vztah k pacientovi	

Přeji si, aby mi byla podána informace o mém zdravotním stavu: □ ANO □ NE[1] (*zaškrtněte vybranou variantu*)

Pokud si nepřeji být informován/a o mém zdravotním stavu určuji tuto osobu, které má být informace o mém zdravotním stavu podána:

Jméno a příjmení: **Vztah k pacientovi:**

1. Při přijetí k hospitalizaci jsem byl/a ošetřujícím lékařem seznámen/a s důvodem přijetí. Byl/a jsem informován/a o mém zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu, zejména o povaze mé nemoci, možnostech léčby, o navrhovaných diagnostických a terapeutických výkonech, jejich možných důsledcích a rizicích a podávání léčivých přípravků[2].

2. Souhlasím s prováděním základních zdravotnických výkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby (odběr krve, změření krevního tlaku apod.). O provedení specializovaných výkonů budu v potřebném rozsahu informován/a lékařem, který mi předloží k podpisu i konkrétní informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu výkonu.

3. Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a:
   - o svých právech a povinnostech v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a že se zavazuji dodržovat navržený individuální postup,
   - o tom, že bez vědomí a svolení ošetřujícího lékaře nesmím užívat žádné léky, které jsem si přinesl/a a že jsem veškeré tyto léky předal/a zdravotnickému personálu, který mi je bude případně v rámci léčby podávat a zbylé mi budou při propuštění vráceny,
   - o režimu a Pobytovém řádu nemocnice a že se jej zavazuji dodržovat včetně zákazu kouření, jeho porušení může být důvodem ukončení hospitalizace,
   - o povinnosti uhradit cenu zdravotních služeb, které nejsou hrazené nebo jsou jen částečně hrazené ze zdravotního pojištění a byl/a jsem předem na tuto skutečnost upozorněn/a a souhlasil/a jsem s poskytnutím takových zdravotních služeb,
   - o možnosti uložení cenností a finanční hotovosti v trezoru nemocnice nebo oddělení s tím, že pokud této možnosti nevyužiji, nemocnice neodpovídá za jejich poškození nebo ztrátu.

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

5. Byl/a jsem poučen/a o mém právu vzdát se práva na podání informace o mém zdravotním stavu, právu určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu, právu vyslovit zákaz podávání těchto informací kterékoliv osobě, zároveň jsem byl/a poučen/a o mém právu, že určení takových osob nebo vyslovení zákazu poskytovat informace mohu kdykoliv po přijetí do péče změnit nebo odvolat písemnou formou zaznamenanou ve zdravotnické dokumentaci s mým podpisem.

[1] *K vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob.*
[2] *Tato věta neplatí v případě, že se pacient vzdal podání informace o svém zdravotním stavu.*

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byly kromě mne informovány pouze tyto osoby:			
Identifikační údaje pověřené osoby		**Identifikační údaje pověřené osoby**	
Jméno a příjmení		**Jméno a příjmení**	
Datum narození		**Datum narození**	
Kontaktní adresa		**Kontaktní adresa**	
Kontaktní telefon		**Kontaktní telefon**	
Pověřená osoba může		**Pověřená osoba může**	
□ být informována o mém zdravotním stavu	□ ANO □ NE	□ být informována o mém zdravotním stavu	□ ANO □ NE
□ nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě a pořizovat si z ní výpisy nebo kopie	□ ANO □ NE	□ nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě a pořizovat si z ní výpisy nebo kopie	□ ANO □ NE
□ může vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb mé osobě, pokud toho nebudu s ohledem na můj zdravotní stav sám schopen (zástupný souhlas)[3]	□ ANO □ NE	□ může vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb mé osobě, pokud toho nebudu s ohledem na můj zdravotní stav sám schopen (zástupný souhlas)[3]	□ ANO □ NE
Heslo pro komunikaci (sami sdělíte určené osobě)			

Přeji si, aby informace o mém zdravotním stavu **nebyly sdělovány následujícím blízkým osobám** (jsou-li takové)[4]:	
Jméno, příjmení a vztah k pacientovi:	
Jméno, příjmení a vztah k pacientovi:	

Souhlasím s účastí osob (studentů, stážistů, praktikantů) získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich pedagogického dozoru na poskytování zdravotních služeb a s nahlížením do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem. Udělený souhlas lze v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.

□ ANO □ NE

Prohlašuji, že jsou mi známy důvody hospitalizace, informace o hospitalizaci považuji za dostatečné, měl/a jsem možnost se zeptat na vše, čemu jsem nerozuměl/anebo co považuji za důležité. Na základě podaných informací souhlasím s hospitalizací.

Datum	
Podpis pacienta / zákonného zástupce/opatrovníka	
Jméno a podpis lékaře	
Zdravotní stav nedovoluje pacientovi informovaný souhlas podepsat z důvodu[5]	
Způsob, jakým pacient svoji vůli (souhlas/nesouhlas) projevil	
Jméno a podpis svědka	

[3] *Pokud nejde o zdravotní služby, které lze dle zákona poskytnout bez souhlasu pacienta.*
[4] *Pokud pacient vyslovil zákaz sdělovat informace určitým osobám blízkým, lze informaci těmto osobám podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví další osoby, a to pouze v nezbytném rozsahu.*
[5] *Případ, kdy pacient není schopen Informovaný souhlas s hospitalizací podepsat, avšak je schopen projevit platně svou vůli a projev vůle nevzbuzuje žádné pochybnosti o tom, co si pacient přeje.*