|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informovaný souhlas s hospitalizací** | | | | | | |
| **Identifikační údaje pacienta** | | | | **Identifikační údaje zákonného zástupce** | | |
| **Jméno** |  | | | **Jméno a příjmení** |  | |
| **Příjmení** |  | | | **Datum narození** |  | |
| **Datum narození** |  | | | **Bydliště** |  | |
| **Název oddělení** |  | | | **Vztah k**  **pacientovi/pacientce** |  | |
| **Souhlasím s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení NEMOS SOKOLOV 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 byla poučena:   * o svých právech a povinnostech v souvislosti s pobytem v nemocnici, * o zpracovávaní osobních údajů, nezbytném nakládaní v důsledku návaznosti poskytovaní zdravotních služeb a jejich archivaci, * o možnosti podání stížnosti nebo vyjádření pochvaly, * o režimu a Pobytovém řádu nemocnice, * o připevnění náramku s mými identifikačními údaji, * o použití signalizačního zařízení k přivolání pomoci, * o tom, že nebudu užívat žádná léčiva bez vědomí ošetřujícího lékaře, * o možnosti předat k úschově cenné věci, peněžní hotovost, platební karty, mobilní telefon apod.; beru na vědomí, že nemocnice nemůže nést odpovědnost za věci nepředané do úschovy.   **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** | | | | **Identifikační údaje pověřené osoby** | | |
| **Jméno a příjmení** | |  | | **Jméno a příjmení** | |  |
| **Datum narození** | |  | | **Datum narození** | |  |
| **Kontaktní adresa** | |  | | **Kontaktní adresa** | |  |
| **Kontaktní tel.** | |  | | **Kontaktní tel.** | |  |
| **Souhlas s nahlížením pověřené osoby do ZD a pořizováním kopií** | | | | **Souhlas s nahlížením pověřené osoby do ZD a pořizováním kopií** | | |
| □ ANO □ NE | | | | □ ANO □ NE | | |
| Souhlasím ANO x NE s nahlížením do zdravotnické dokumentace a přítomností osob (studentů, stážistů, praktikantů) získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich pedagogického dozoru při mém vyšetřování a léčbě.  Souhlasím ANO x NE s případným umístěním jména a příjmení u mého lůžka nebo nad lůžkem na nemocničním pokoji.  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, o infekčních nemocech, včetně nemoci COVID-19 nebo o zhoršení zdravotního stavu ve smyslu kašle, dechových obtíží, zvýšené teploty, bolesti svalů, nebo případném karanténním opatření v souvislosti s COVID-19, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.** | | | | | | |
| **Podpis pacienta / zákonného zástupce** | | |  | | | |
| **Datum** | | |  | | | |
| **Zdravotní stav nedovoluje pacientovi podepsat – důvod** | | |  | | | |
| **Svoji vůli \*souhlas/nesouhlas projevil jak** | | |  | | | |
| **Jmenovka a podpis zdrav. pracovníka (lékař)** | | |  | | | |
| **Jmenovka a podpis svědka** | | |  | | | |
| **Případné hlášení hospitalizace Okresnímu soudu v Sokolově odesláno dne** | | |  | | | |