



INFORMOVANÝ SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Pracoviště (útvár/úsek):

Lékař, který provedl poučení (titul, jméno a příjmení):

Pacient:

(Jméno, příjmení, datum narození, číslo pojištěnce)

Zákonní zástupci:

(Jméno, příjmení)

Byl/a jsem poučen/a o právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížením do zdravotnické dokumentace včetně pořizování opisů, výpisů a kopií.

☐ ano ☐ ne

Byl/a jsem ošetřujícím lékařem srozumitelně seznámen/a se zdravotním stavem (syna / dcery).
Byl/a jsem informován/a o důvodu hospitalizace

☐ ano ☐ ne

Potvrzuji, že jsem byl/a ošetřujícím lékařem srozumitelně poučen v rozsahu odpovídajícím současným okolnostem a mému stavu o příčině, původu nemoci a předpokládaném vývoji, dále pak o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů; o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta, další potřebné léčbě, omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav. Výslovně souhlasím s léčbou nebo postupem navrženým mi lékařem.

☐ ano ☐ ne

S hospitalizací souhlasím.

☐ ano ☐ ne

V případě, že budu (syn/dcera) ve stavu neumožňujícím doplnění níže uvedeného seznamu, žádám, aby v oprávnění v tomto rozsahu měly další osoby blízké.

☐ ano ☐ ne

Uvádím osoby, kterým mohou být v plném rozsahu sděleny informace o zdravotním stavu mého syna/ dcery, a které mají právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, pořizovat z ní výpisy a kopie.

Osobu uvedenou na prvním místě opravňuji vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb v případě, kdy nebudu moci vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu.

Osobu uvedenou na prvním místě současně určuji jako kontaktní.

☐ ano ☐ ne

jméno, příjmení

vztah bydliště

telefon/e-mail

1).....

☐ telefonicky ☐ pouze osobně

jméno, příjmení

vztah bydliště

telefon/e-mail

1).....

☐ telefonicky ☐ pouze osobně



Identifikační heslo a kód pro telefonickou komunikaci

.....
Souhlasím s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (žáci zdravotnických škol, studenti medicíny apod.) při poskytované péči a zároveň

☐ ano ☐ ne

Souhlasím s tím, aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost.

☐ ano ☐ ne

Zákonní zástupci potvrzují, že poučení jim bylo výše uvedeným lékařem osobně a ústně vysvětleno, že měli čas a možnost je uvážít, porozuměli mu a měli i možnost klást doplňující otázky, které jim byly zodpovězeny. Dále prohlašují, že v přiměřeném rozsahu a formě bylo poučení poskytnuto také pacientovi.

Prohlašuji, že v případě, kdy budu užívat mnou vnesené elektrické spotřebiče, tak tyto jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání. Jsem srozuměn/a, že jsem případně zodpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

Pacient/zákonný zástupce byl informován, že noční stolek je místo obvyklé k ukládání cenností a hotovosti jejichž výše nepřekračuje 500 Kč.

V Rychnově nad Kněžnou, datum a čas podpisu

Podpis pacienta¹

Podpis zákonného zástupce

Podpis lékaře, který podal náležité vysvětlení

¹ Zákon o zdravotních službách stanoví povinnost „zdravotních služeb nezletilému pacientovi. Je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku.“