

Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotní péče

Pracoviště (útvár/úsek):

Lékař, který provedl poučení

Pacient:

(Jméno, příjmení, datum narození, číslo pojištění, zdravotní pojišťovna)

Přeji si být plně informován/a o svém zdravotním stavu, pokud jde o diagnózu a prognózu.

☐ ano ☐ ne

Potvrzuji, že jsem byl/a ošetřujícím lékařem srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem.

☐ 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

Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

☐ ano ☐ ne

Prohlašuji, že jsem způsobilý/á k veškerým právním úkonům.

☐ ano ☐ ne

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

☐ ano ☐ ne

Dále uvádím osoby, kterým mohou být v plném rozsahu sděleny informace o mém zdravotním stavu, 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 souhlasu¹

☐ ano ☐ ne

jméno, příjmení

vztah

bydliště

telefon

1)..... ☐ telefonicky ☐ pouze osobně

jméno, příjmení

vztah

bydliště

telefon

2)..... ☐ telefonicky ☐ pouze osobně

Identifikační heslo pro telefonickou komunikaci - první 6 čísel rodného čísla nebo heslo určené pacientem

.....

☐ Nepřeji si, aby o mém zdravotním stavu byly informovány další osoby blízké (kromě osob uvedených výše) a to zejména:

¹ POZOR - pouze v případě § 34/7 zákona o zdravotních službách

(Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem podle § 33 odst. 1, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné osoby blízké způsobilé k právním úkonům, pokud je známa).

	jméno, příjmení	vztah	bydliště	telefon
1)				
2)				
3)				

Souhlasím, aby konzultace mého zdravotního stavu probíhaly při vizitách na pokoji, kdy dochází ke „sdělování“ osobních údajů před ostatními pacienty. Při sdělování závažných informací bude lékařem postupováno s maximální diskretností.

☐ ano ☐ ne

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

ONN zpracovává osobní údaje pacienta za účelem naplnění zákona č. 372/2011 Sb. - zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Doba ukládání, rozsah zpracování, právní důvod zpracování a subjekty, kterým jsou údaje poskytovány, je uvedena na www.nemocnicenachod.cz.

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.

Dávám souhlas k tomu, že v případě potřeby mohu být přeložen(a) na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného lůžkového zdravotnického zařízení v rámci České republiky.

Místo, datum a čas podpisu

Podpis pacienta

Podpis lékaře, který podal náležité vysvětlení

Varianta pro případ, kdy pacient s poskytováním zdravotní péče souhlasí, ale nemůže se podepsat

Pacient s výše uvedeným souhlasí, ale nemůže ze zdravotních důvodů podepsat písemný souhlas.

Svěddek:

(Jméno, příjmení, není-li svědek zaměstnancem ONN, tak adresa a datum narození)

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil svou vůli, že po poučení souhlasí s poskytováním informací o zdravotním stavu v uvedeném rozsahu i dalšími výše uvedenými skutečnostmi.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu že:

Pacient projevila svůj souhlas tak, že:

Podpis svědka

Podpis zákonného zástupce²
(u nezletilých)

² Podpis zákonného zástupce pro případ pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům“. Podpis zákonného zástupce u nezletilých viz. Informovaný souhlas zákonného zástupce s poskytováním zdravotní péče.