Stodská nemocnice | Nemocnice Plzeňského kraje

Informovaný souhlas

s HOSPITALIZACÍ

Pacienta: …….. Rodné číslo:…….....
(jméno, příjmení, titul)

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem (zdravotním stavem zastupované osoby) a s možným vývojem mého (jeho) onemocnění. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby i důvodech, které vedou k hospitalizaci mé (zastupované) osoby.

S hospitalizací v nemocnici ☐ **souhlasím** ☐ **nesouhlasím**

Toto rozhodnutí jsem učinil/a svobodně a bez nátlaku okolí.

Ve Stodě dne…… v…….hodin **……..**
(podpis pacienta)

Prohlášení pacienta (zákonného zástupce pacienta) při přijetí do nemocnice

1. **Jsem si vědom/a práva dostávat informace o svém zdravotním stavu (zdravotním stavu zastupované osoby) v tomto směru**

   ☐ chci být informován/a ☐ nechci být informován/a

2. **S podáváním informací o mém zdravotním stavu (o stavu zastupované osoby)**

   ☐ souhlasím, a to následujícím osobám:
   …….., tel.č. ……
   …….., tel.č. ……
   …….., tel.č. ……

   Pro telefonickou komunikaci uvedeno HESLO:
   ☐ **NE**
   ☐ **ANO: jaké: ……..**

   ☐ nesouhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu zastupované osoby) rodinným příslušníkům ani jiným osobám a opravňuji zdravotnický personál odmítat případný nátlak těchto osob.

3. **S nahlížením do zdravotnické dokumentace, prováděním opisů, kopií a výpisu z ní**
   ☐ souhlasím, a to následujícím osobám:
   …….., tel.č. ……
   …….., tel.č. ……
   …….., tel.č. ……

   ☐ nesouhlasím, opravňuji zdravotnický personál odmítat případný nátlak těchto osob.

4. **Studenti zdravotnických škol a lékařských fakult se v rámci výuky seznamují s dokumentací pacienta. S nahlížením do mé zdravotnické dokumentace těmito studenty a jejich učiteli**
   ☐ souhlasím ☐ nesouhlasím

Jsem si vědom/a, že mám právo odmítnout přítomnost či účast těchto osob při jakýchkoli léčebných výkonech a vyšetřeních.

5. **Zaměstnanci pověření prováděním interních auditů za účelem zvyšování kvality zdravotnické péče při provádění auditů nahlížejí do dokumentace pacientů. S nahlížením do mé zdravotnické dokumentace (zdravotnické dokumentace zastupované osoby) zaměstnanci pověřenými prováděním interních auditů.**

   ☐ souhlasím ☐ nesouhlasím

6. Byl/a jsem informován/a o možnosti předat k úschově cenné věci, peněžní hotovost, platební karty, mobilní telefon apod. Za věci předané do úschovy nemocnice ručí. Beru na vědomí, že nemocnice nemůže nést odpovědnost za věci nepředané do úschovy v případě jejich ztráty.

7. Byl/a jsem seznámen/a s obsahem předpokládané zdravotní péče, která bude mne (zastupované osobě) po dobu pobytu na oddělení poskytována).

8. Souhlasím s tím, že bez vědomí lékaře nebudu užívat vlastní léky

9. Byl/a jsem seznámen/a s provozním řádem oddělení – domácím řádem a etickým kodexem práv pacientů.

10. V případě potřeby souhlasím s přeložením na jiné oddělení či do jiné zdravotnického zařízení.

11. Souhlasím s tím, aby mi byly v průběhu vizity sdělovány informace o mém zdravotním stavu, jakož i o léčebných postupech, vždy v nezbytně nutném rozsahu, před ostatními pacienty.

Beru na vědomí, že:

- jiné, než mnou uvedené osoby nebudou ze zdravotnického personálu informovány o mém zdravotním stavu či mém pobytu ve zdejším zdravotnickém zařízení.
- Toto své rozhodnutí mohu za dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení kdykoli měnit vyplněním nového formuláře.

Datum, čas: ……

Jméno a podpis přijímacího lékaře: ……

Jméno a podpis SZP: ……

Podpis pacienta: ……

Tento informovaný souhlas s prohlášením pacienta se zakládá do zdravotnické dokumentace a stává se její nedílnou součástí.

Informace o možnosti a způsobu uplatnění svých práv v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováváním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů naleznete na www.stod.nemocnicepk.cz nebo v listinné podobě v sekretariátu ředitele.