

**SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ\***

<b>Jméno a příjmení:</b>		<b>r. č.:</b>	
<b>Vážená paní, vážený pane,</b> vítáme Vás ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (dále jen VFN). Jsme připraveni Vám pomoci a usnadnit Vám pobyt a průběh léčeni.			
<b>Beru na vědomí, že jsem povinen/na:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• dodržovat navržený individuální léčebný postup,</li><li>• řídit se vnitřním řádem, se kterým jsem byl/a seznámen/a,</li><li>• dodržovat režim podávání léčivých přípravků na oddělení, tj. bez vědomí a svolení lékaře nemůžu užívat léky, které jsem si přinesl/a; přinesené léky v originálním balení odevzdám zdravotnickému personálu s tím, že mi budou podávány pouze jeho prostřednictvím a zbylé pak při propuštění vráceny,</li><li>• pravdivě informovat ošetřující zdravotnické pracovníky o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách prováděných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,</li><li>• uhradit nemocnici cenu poskytnutých zdravotních služeb, které jsou nehrzené nebo jen částečně hrazené ze zdravotního pojištění a byl/a jsem předem o této skutečnosti informován/a a souhlasil/a jsem s poskytnutím uvedené zdravotní služby.</li></ul>			
<b>VFN</b> je výukovým a vědeckým pracovištěm. Pod dohledem zdravotníků zde vykonávají svou praxi osoby připravující se k výkonu povolání (studenti, stážisti). Jejich výuka není možná bez Vaší spolupráce. Proto prosíme o pochopení, trpělivost a souhlas, aby tyto osoby mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a mohly být přítomné při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě. <b>Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.</b>			
<b>Souhlasím s přítomností osob</b> připravujících se na výkon povolání včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace.		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaší identitu. <b>Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.</b>			
<b>Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů.</b>		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Byl/a jsem seznámen/a s možností uložení cenností do trezoru nemocnice/pracoviště, kde jsem hospitalizován/a. Beru na vědomí, že není v možnostech pracoviště <b>zabezpečit</b> proti odcizení, ztrátě nebo poškození <b>můj majetek</b> , který jsem nepředal/a do úschovy. Pokud si tento majetek ponechávám ve své dispozici, zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě nebo poškození. Dále prohlašuji, že mnou <b>vnesené elektrické spotřebiče</b> jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a přejímám odpovědnost za případné škody, včetně újm na zdraví, způsobené jejich nesprávnou funkcí (holičí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, televize, počítač, nabíječka na telefon apod.).			
Prohlašuji, že si přeji, aby <b>níže uvedené osoby</b> byly oprávněny: <ol style="list-style-type: none"><li>1. získat informace o mém zdravotním stavu,</li><li>2. nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD) a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy,</li><li>3. vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na můj zdravotní stav schopen/a (zástupný souhlas).</li></ol>			

**SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ\***

<b>Jméno a příjmení, vztah k pacientovi, kontakt Rozsah informace (vše / specifikace rozsahu)</b>	<b>Získání informace o zdravotním stavu (ad 1)</b>	<b>Nahlížení do ZD (ad 2)</b>	<b>Kopie, výpisy (ad 2)</b>	<b>Zástupný souhlas (ad 3)</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosíme Vás o určení způsobu informování Vás/Vámi určené osoby:	<input type="checkbox"/> <b>osobně</b>			
	<input type="checkbox"/> <b>telefonicky, e-mailem, SMS, faxem</b>			
<b>Heslo pro komunikaci</b> (které sdělíte určené osobě sám/sama):				
<input type="checkbox"/> <b>VZDÁVÁM</b>	se možnosti na podání <b>informace</b> o svém zdravotním stavu.			
<input type="checkbox"/> <b>NEVZDÁVÁM</b>				
V případě, že bych se vzdal/a možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu, určuji, aby osobou, které má být informace o mém zdravotním stavu podána, byla:				
<b>Jméno a příjmení</b>	<b>Vztah k pacientovi</b>			
<b>Zakazuji poskytovat informace</b> o mém zdravotním stavu těmto osobám:				
<b>Jméno a příjmení</b>	<b>Vztah k pacientovi</b>			

Byl/a jsem lékařem srozumitelně informován/a o důvodech hospitalizace a na základě podaných informací souhlasím s hospitalizací. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s právy pacienta, která si mohu během celé hospitalizace znovu vyžádat u ošetřovatelského personálu.

Byl/a jsem poučen/a o nakládání s odpadem ze zdravotní péče. Byl mi předán informační leták „Poučení pacienta o nakládání s odpadem ze zdravotní péče“.

V Praze dne:

.....  
podpis pacienta/jméno a podpis  
zákonného zástupce a jeho vztah k  
pacientovi/jméno a podpis opatrovníka

.....  
jméno a podpis lékaře/zdravotnického  
pracovníka

Jestliže pacient není schopen ze zdravotních důvodů záznam podepsat, uveďte způsob, jak pacient projevil svou vůli:

--

Jméno a příjmení svědka:

.....  
podpis svědka

Verze číslo:		Platnost od:		Tisk:	
--------------	--	--------------	--	-------	--