

Účast další osoby u porodu

Rodička (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Další osoba

Jméno a příjmení další osoby:

Datum narození:

Příbuzenský vztah k rodičce:

Totožnost ověřena dle dokladu:

Vážená paní,

předkládaný formulář slouží k získání souhlasu s účastí Vámi uvedené osoby při porodu.

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby u porodu, který je u mne předpokládán v následujícím období, byla přítomna uvedená osoba.

Současně beru na vědomí, že mnou určená osoba bude ve smyslu zákonných ustanovení o ochraně osobních údajů a údajů o zdravotním stavu zavázána mlčenlivostí, kterou je povinna zachovávat, této povinnosti mohu uvedenou osobu zprostit výslovným prohlášením.

Datum:

Podpis rodičky

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka, který vysvětlující pohovor provedl

Prohlašuji, že jsem byl poučen o povinnostech a podmínkách mé účasti u porodu. Poučení jsem porozuměl, jsem seznámen s možnými riziky mé přítomnosti v průběhu porodu i na porodním oddělení. Má přítomnost u porodu je se souhlasem uvedené rodičky, na mou vlastní žádost. Prohlašuji, že jsem zdravý, netrpím a neléčím se pro žádné infekční onemocnění a nejsou mi známy žádné překážky, které by bránily mé účasti.

Poučení jsem porozuměl a byly zodpovězeny všechny moje otázky. Vyslovuji souhlas s tím, že se porodu účastním na vlastní odpovědnost a nebezpečí.

Porozuměl jsem, že nesmím zasahovat do činnosti zdravotnických pracovníků a do průběhu zdravotního výkonu, budu dbát všech jejich pokynů.

Souhlasím s tím, že v závislosti na průběh porodu může dojít k omezení nebo ukončení mé přítomnosti.

Byl jsem poučen o tom, že o průběhu porodu a veškerých informacích o zdravotním stavu rodičky, včetně údajů o zdravotnických zaměstnancích jsem povinen zachovávat mlčenlivost, sdělovat je mohu jen se souhlasem rodičky a dotčených zaměstnanců. Přijetí závazku mlčenlivosti je podmínkou Vaší účasti u porodu a mohou Vás ji zprostit jen dotčené osoby.

Byl jsem seznámen s tím, že účast u porodu, poučení a administrativní náklady nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Městská nemocnice Ostrava, v souladu s platným Ceníkem zdravotních výkonů, účtuje za tyto úkony přítomné osobě částku..... Kč, kterou se tímto zavazuji uhradit (nejlépe předem).

Datum:

Jméno, příjmení a podpis uvedené osoby

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka, který vysvětlující pohovor provedl