

Hospitalizace pacienta v Lé ebni dlouhodob nemocných Ostrava-Radvanice

Pacient: «PAC_Titul_p ed» «PAC_Jméno» «PAC_P íjmení» Pojiž ovna: «PAC_Pojiž ovna_Kód»

Rodné íslo: «PAC_Rodné_ íslo» Datum narození: «PAC_Datum_narození»

Bydlišt : «PAC_Ulice», «PAC_PS » «PAC_Bydlišt »

Datum a as p íjetí pacienta: «HOS_P ij_Datum_ as»

1) Prohlašuji, že souhlasím s mou hospitalizací v M stské nemocnici Ostrava.

2) Potvrzuji, že jsem byl(a) léka em srozumiteln pou en(a):

- o důvodu mého přijetí do lůžkové péče, mém zdravotním stavu, povaze a předpokládaném vývoji onemocnění
- o navrženém diagnosticko-léčebném plánu
- o právu na základě sdělených skutečností svobodně se rozhodnout pro navrhovaný plán léčby včetně možnosti jej i hospitalizaci odmítnout

3) Potvrzuji, že jsem byl(a) srozumiteln pou en(a) o právech pacient a povinnostech, zejména o právu:

- požadovat informace o mém zdravotním stavu, podílet se na rozhodování o poskytování zdravotních služeb
- nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, pořizovat z ní výpisy nebo kopie těchto dokumentů
- určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu a vymezit rozsah informací, které mohou být sdělovány
- vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu všem osobám nebo výslovně určené osobě
- své rozhodnutí o určení těchto osob kdykoliv v průběhu poskytované péče změnit

Souhlasím, aby o mém zdravotním stavu byl(a) informován(a) osoba (osoby):

jméno, příjmení, vztah	adresa	telefon

Souhlasím, aby výše uvedená osoba (osoby) m la(y) právo:

označte správnou odpověď

nahlížet do mé zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
pořizovat si výpisy nebo kopie zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
obdržet základní informace týkající se mého zdravotního stavu telefonicky Heslo pro telefonické informace:	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

4) Ur ůji osoby, které mohou v p ípad , že nebudu moci s ohledem na sv j zdravotní stav vyslovit souhlas i nesouhlas s poskytováním navržených zdravotních služeb, tento souhlas i nesouhlas vyslovit v mém zastoupení:

jméno, příjmení, vztah	adresa	telefon

5) Byl(a) jsem lékařem poučen(a) o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mé léčby, které mohou být v případě mého souhlasu použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích, na kongresech, publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny pouze z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byl(a) jsem poučen(a), že při jejich prezentaci nebudou zveřejňovány mé osobní údaje (jméno, příjmení) ani další znaky, které by vedly k identifikaci mé osoby.

S po izováním takových záznam souhlasím Ano Ne

označte správnou odpověď

6) Souhlasím:

aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnických povolání (studenti lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, akreditovaných kurzů, učitelky odborné praxe a stážisti) prováděly u mne pod dohledem pověřeného personálu Městské nemocnice Ostrava lékařskou a ošetrovatelskou péčí	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
aby do zdravotnické dokumentace týkající se mé osoby nahlíželi v rozsahu nezbytně nutném: a) studenti lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, akreditovaných kurzů, učitelky odborné praxe a stážisti b) pověření zaměstnanci Městské nemocnice Ostrava za účelem získání potřebných údajů v oblasti sociálně zdravotní a právní pro potřeby realizace právních úkonů v zastoupení nemocnice Všechny tyto osoby jsou povinny o získaných informacích zachovávat zákonem uloženou mlčenlivost.	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

označte správnou odpověď

7) Byl(a) jsem seznámen(a):

• s Právy pacientů	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
• s Domácím řádem oddělení a Návštěvním řádem	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
• s možností uložení cenností do trezoru	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
• s odevzdáním k úschově donesených léků vzhledem k jejich bezpečnému uložení po dobu hospitalizace	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
• s povinností uhradit poplatek za použití nadstandardního pokoje dle aktuálního ceníku	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
• s možností využití služeb Dobrovolnického centra ADRA Ostrava	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

označte správnou odpověď

Prohlašuji, že lékař a všeobecná sestra/porodní asistentka, kteří mi poskytli informace a poučení, mi z eteln a srozumiteln vysvětlili výše, co je obsahem tohoto souhlasu s hospitalizací, m l(a) jsem možnost klást dopl ůující otázky, na které mi bylo srozumiteln odpov zeno.

Datum/ as:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko a podpis všeobecné sestry, která vysvětlující pohovor provedla

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

Pacient(ka) není schopen(schopna) podpisu. Sv j souhlas vyjád il(a):

popizte zp sob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře