

Ambulantní péče

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

- 1) Prohlašuji, že souhlasím s ambulantní péčí v Městské nemocnici Ostrava (dále jen „MNO“).
- 2) Potvrzuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně poučen(a):
 - o důvodu mého přijetí do ambulantní péče, mém zdravotním stavu, povaze a předpokládaném vývoji onemocnění
- 3) Potvrzuji, že jsem byl(a) srozumitelně poučen(a) o právech a povinnostech pacienta, zejména o právu:
 - požadovat informace o mém zdravotním stavu, podílet se na rozhodování o poskytování zdravotních služeb
 - nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, pořizovat z ní výpisy či kopie
 - určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu a vymezit rozsah informací, které mohou být sdělovány
 - své rozhodnutí o určení těchto osob kdykoliv v průběhu poskytované ambulantní péče změnit

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

jméno, příjmení, vztah	telefon

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

nahlížet do mé zdravotnické dokumentace	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
obdržet základní informace týkající se mého zdravotního stavu telefonicky. Heslo pro telefonické informace (uvedeným osobám jej, prosím, sdělte):	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

Souhlasím s předáním části zdravotnické dokumentace (recepty, výsledky z vyšetření, laboratorní zprávy, propouštěcí zprávy) níže uvedené osobě (osobám):

jméno, příjmení,	telefon

Souhlasím se zasíláním části mé zdravotnické dokumentace (e-recepty, výsledky vyšetření, lékařské zprávy) elektronickou cestou:

e – mailová adresa	mobilní telefon

Po poučení o právu vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě výslovně určuji, že nesouhlasím, aby o mém zdravotním stavu byly informovány jiné osoby než uvedené v tomto souhlasu.

4) Při zpracování osobních údajů je v MNO postupováno v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, přičemž nezbytné informace o zpracování osobních údajů jsou pacientovi poskytovány v rámci dokumentu dostupného v prostorách MNO a na internetových stránkách nemocnice.

Souhlasím:

aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnických povolání (studenti lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, akreditovaných kurzů a učitelky odborné praxe) prováděly u mne pod dohledem pověřeného personálu MNO lékařskou a ošetrovatelskou péči	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
aby mi byla poskytnuta zdravotní péče jiným lékařem ambulance v případě, že lékař, který mne pravidelně ošetřuje, není přítomen	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, učitelky odborné praxe b) pověření auditoři MNO c) pověření zaměstnanci MNO za účelem získání potřebných údajů v oblasti sociálně zdravotní a právní pro potřeby realizace právních úkonů v zastoupení nemocnice	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Všechny tyto osoby jsou povinny o získaných informacích zachovávat zákonem uloženou mlčenlivost.	

Prohlašuji, že lékař a sestra, kteří mi poskytli informace a poučení, mi zřetelně a srozumitelně vysvětlili vše, co je obsahem tohoto poučení, měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi odpověděli.

Datum:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko pracoviště, jméno, příjmení a podpis lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko odd., jméno, příjmení a podpis lékaře