

Ambulantní rehabilitační péče

Pacient (štitěk)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

1) Prohlašuji, že souhlasím s ambulantní péčí mého dítěte v Městské nemocnici Ostrava.

2) Potvrzuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně poučen(a):

- o důvodu přijetí do ambulantní péče u mého dítěte, jeho zdravotním stavu, povaze a předpokládaném vývoji onemocnění a o plánu rehabilitační léčby, se kterou souhlasím

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

jméno, příjmení, vztah	adresa	telefon

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

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 mého dítěte pod dohledem pověřeného personálu Městské nemocnice Ostrava lékařskou a ošetrovatelskou péči	Ano ☐ Ne ☐
aby byla poskytnuta mému dítěti zdravotní péče jiným lékařem ambulance, v případě, že lékař, který jej pravidelně ošetřuje, není přítomen	Ano ☐ Ne ☐
aby mé dítě docházelo k ambulantní léčbě samostatně a byla mu poskytnuta plánovaná rehabilitační péče bez mé přítomnosti	Ano ☐ Ne ☐
aby do zdravotnické dokumentace týkající se mého dítěte nahlíželi v rozsahu nezbytně nutném:	Ano ☐ Ne ☐
a) studenti lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, učitelky odborné praxe	Ano ☐ Ne ☐
b) pověření auditoři Městské nemocnice Ostrava	Ano ☐ Ne ☐
c) pověření zaměstnanci Městské nemocnice Ostrava za účelem získání potřebných údajů v oblasti sociálně zdravotní a právní pro potřeby realizace právních úkonů v zastoupení nemocnice	Ano ☐ Ne ☐
Všechny tyto osoby jsou povinny o získaných informacích zachovávat zákonem uloženou mlčenlivost.	

označte správnou odpověď

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 zákonného zástupce

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

Po opakovaném poučení souhlasím s další navrhovanou rehabilitační léčbou mého dítěte.

Datum výkonu	Podpis lékaře	Podpis zákonného zástupce