

Hospitalizace dítěte (nezletilého)

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

1) Prohlašuji, že souhlasím s hospitalizací mého/svěřeného dítěte (dále jen „dítě“), jehož jsem zástupcem v Městské nemocnici Ostrava.

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

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

V případě výskytu neočekávané změny zdravotního stavu nebo komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně zdraví nebo života dítěte souhlasím s tím, aby byly tyto výkony provedeny.

3) Potvrzuji, že jsem byl(a) srozumitelně poučen(a) a porozuměl(a) jsem právu:

- požadovat informace o zdravotním stavu dítěte
- nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do zdravotnické dokumentace vedené o dítěti, pořizovat z ní za úhradu nákladů výpisy, opisy nebo kopie
- vyslovit zákaz podávání informací o zdravotním stavu dítěte dalším osobám (nevztahuje se na druhého z rodičů dítěte, tj. druhého zákonného zástupce, pokud není soudem určeno jinak)
- určit osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu dítěte:

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

jméno, příjmení, vztah	telefon

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

nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o dítěti	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
pořizovat ze zdravotnické dokumentace vedené o dítěti za úhradu nákladů výpisy, opisy nebo kopie	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

obdržet základní informace týkající se zdravotního stavu dítěte telefonicky. Heslo pro telefonické informace (uvedeným osobám jej, prosím, sdělte):	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
---	--

označte správnou odpověď

Nesouhlasím, aby o zdravotním stavu dítěte byl(a) informován(a):

jméno, příjmení, vztah	telefon

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.

5) Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu léčby dítěte, které v případě mého souhlasu (tzn. zákonného zástupce) mohou být 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 těla, které přímo souvisí s léčbou. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje (jméno, příjmení, rodné číslo) dítěte ani další znaky, které by vedly k identifikaci dítěte.

Souhlasím	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
------------------	--

označte správnou odpověď

6) 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 dítěte pod dohledem pověřeného personálu Městské nemocnice Ostrava lékařskou a ošetrovatelskou péči	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
aby do zdravotnické dokumentace týkající se dítěte nahlíželi v rozsahu nezbytně nutném:	
• studenti lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, učitelky odborné praxe	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
• pověření auditori Městské nemocnice Ostrava	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
• 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 <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

označte správnou odpověď

7) Byl/a jsem seznámen(a):

• s Chartou práv hospitalizovaného dítěte	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
• s Domácím řádem oddělení	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 tím, že nemocnice/oddělení nemůže převzít odpovědnost za škody nebo ztrátu věcí, které rodiče/zákonní zástupci nebo jiné osoby, ponechají dětem k užívání během hospitalizace a jsou jimi odkládány na pokojích (např. hračky, knihy, cennosti: hodinky, šperky, elektronická zařízení). Děti mohou po dohodě tyto věci dát	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

do krátkodobé úschovy zdravotnickým pracovníkům, a to jen v souvislosti s výkony poskytované zdravotní péče (vyšetření, operace, rehabilitace na jiném pracovišti apod.) <ul style="list-style-type: none">s možností využití služeb dobrovolníků	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
---	--

označte správnou odpověď

Lékař a všeobecná sestra/dětská sestra/porodní asistentka, kteří mi poskytl 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/čas:

Podpis zákonného/ustanoveného zástupce

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

Jméno, příjmení a podpis všeobecné sestry/dětské sestry/porodní asistentky, která vysvětluje pohovor provedla

Při překladi na jiné lůžkové oddělení v rámci Městské nemocnice Ostrava	
Lékařem jsem byl(a) srozumitelně poučen(a) o:	
<ul style="list-style-type: none">zdravotním stavu dítěte, povaze a předpokládaném vývoji onemocněnínavrženém diagnosticko – léčebném plánuprávu svobodně vyjádřit souhlas s navrhovaným postupem léčení včetně možnosti jej odmítnout na základě sdělených informací	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Byl(a) jsem seznámen(a) s Domácím řádem oddělení	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Změny v údajích informovaného souhlasu uvedených zákonným/ustanoveným zástupcem při přijetí dítěte:	

Datum/čas:

Podpis zákonného/ustanoveného zástupce

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

Jméno, příjmení a podpis všeobecné sestry/dětské sestry/porodní asistentky, která vysvětluje pohovor provedla

Společně s pacientem se k pobytu ve zdravotnickém zařízení na vlastní žádost přijímá rovněž doprovod hospitalizovaného pacienta.

Doprovod dítěte/zákonný zástupce nezletilého:	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Vztah k pacientovi:	

Doprovod prohlašuje, že požádal o umožnění pobytu s dítětem; byl poučen a zavazuje se dodržovat Domácí řád oddělení a Nemocniční řád. Souhlasí s tím, že pobyt bude uskutečněn za podmínek uvedených v tomto informovaném souhlasu; bude přispívat také k tomu, aby dítě dodržovalo Domácí řád oddělení a Nemocniční řád.

Doprovod bere na vědomí, že za pobyt je povinen zaplatit úhradu dle ceníku Městské nemocnice Ostrava a tohoto informovaného souhlasu.

Druhy poplatků za pobyt:

- 1) Celodenní pobyt bez stravy** zahrnuje pouze režijní a provozní náklady ve výši Kč na den.
V tomto případě si musí doprovod zajistit stravu sám (nemocniční bufet, občůdky v okolí nemocnice, donáška z domu či odjinud).
- 2) Celodenní pobyt se stravou** včetně režijních a provozních nákladů činí Kč za jeden den pobytu.
- 3) Doprovod dětí do 6 let je zdarma.**
- 4) Denní doprovod není zpoplatněn** (v tomto případě si doprovod musí zajistit stravu sám a na noc odchází domů).

Lékař a všeobecná sestra/dětská sestra/porodní asistentka, 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.

S pobytem s dítětem souhlasím a беру na vědomí podmínky pro doprovod dítěte.

Datum:

Podpis doprovodu dítěte

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