

## Hospitalizace pacienta

### Pacient (štitěk)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

### Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

1) Prohlašuji, že souhlasím s mou hospitalizací v Městské nemocnici Ostrava (dále jen „MNO“)

2) Potvrzuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně poučen(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) srozumitelně poučen(a) o právech pacientů 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
- vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele zdravotních služeb
- nebyť informován o svém zdravotním stavu

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

jméno, příjmení	telefon

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

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

označte správnou odpověď

**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

**4) Určuji osoby, které mohou v případě, že nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním navržených zdravotních služeb, tento souhlas či nesouhlas vyslovit v mém zastoupení:**

jméno, příjmení	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.**

**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 pořízováním takových záznamů 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 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 do zdravotnické dokumentace týkající se mé osoby nahlíželi v rozsahu nezbytně nutném:	
a) studenti lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, učitelky odborné praxe	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
b) pověření auditoři MNO	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
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"/>
Všechny tyto osoby jsou povinny o získaných informacích zachovávat zákonem uloženou mlčenlivost.	

označte správnou odpověď

## 7) Byl(a) jsem seznámen(a):

<ul style="list-style-type: none"><li>• s Právy pacientů</li><li>• s Domácím řádem oddělení a Návštěvním řádem</li><li>• s možností uložení osobních věcí a cenností do úschovy v Centrální šatně</li><li>• s odevzdáním k úschově donesených léků vzhledem k jejich bezpečnému uložení po dobu hospitalizace</li><li>• s povinností uhradit poplatek za použití nadstandardního pokoje dle aktuálního ceníku</li><li>• s možností využití služeb dobrovolníků</li></ul>	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

označte správnou odpověď

8) 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.

**Prohlašuji, že lékař a všeobecná sestra/porodní asistentka, kteří mi poskytl informace a poučení, mi zřetelně a srozumitelně vysvětlili vše, co je obsahem tohoto souhlasu s hospitalizací, měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno.**

**Datum/čas:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis všeobecné sestry/porodní asistentky,  
která vysvětlující pohovor provedla

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

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

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře

<b>Jsem byl(a) lékařem srozumitelně poučen(a) o:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• důvodu mého přeložení</li><li>• mém zdravotním stavu, povaze a předpokládaném vývoji onemocnění</li><li>• navrženém diagnosticko-léčebném plánu</li><li>• právu na základě sdělených informací svobodně vyjádřit souhlas s navrhovaným postupem léčení včetně možnosti jej odmítnout</li></ul>	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 pacientem(kou) při přijetí:	

**Potvrzuji, že při překladu na jiné lůžkové oddělení v rámci MNO:**

**Datum/čas:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis všeobecné sestry/porodní asistentky,  
která vysvětlující pohovor provedla

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

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

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře