

SOUHLAS PACIENTA S HOSPITALIZACÍ

Identifikační štítek pacienta

Přijímající lékař/ka mne dostatečně a srozumitelně informoval/a o mém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **SOUHLASÍM** s hospitalizací ve Fakultní nemocnici Motol a Homolka (dále jen „FNMH“) a s navrhovanou léčbou. Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné a nemám další otázky.

**nehodící se škrtněte*

A) Informace o svém zdravotním stavu

Přeji si být informován/a o svém zdravotním stavu:

ANO / NE*

B) Vyjádření souhlasu/nesouhlasu s poskytováním informací o mém zdravotním stavu jiným osobám

Mám právo určit osoby, které mohou či nemohou být informovány o mém zdravotním stavu, případně rozsah jim podávaných informací omezit.

SOUHLASÍM s podáváním informací o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám a dále jim přiděluji uvedená práva. Rozsah podávaných informací mám právo omezit:

Jméno, příjmení ----- adresa trvalého pobytu nebo datum narození	Vztah k pacientovi ----- telefon	Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy/kopie	Právo vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama.	
-----	-----	ANO / NE*	ANO / NE*	Pokud ano, můžete uvést pořadí:
-----	-----	ANO / NE*	ANO / NE*	Pokud ano, můžete uvést pořadí:
-----	-----	ANO / NE*	ANO / NE*	Pokud ano, můžete uvést pořadí:
-----	-----	ANO / NE*	ANO / NE*	Pokud ano, můžete uvést pořadí:

SOUHLASÍM s možností podávání informací o mém zdravotním stavu výše uvedeným osobám telefonicky, po uvedení HESLA:

VYSLOVUJI ZÁKAZ podávání informací o mém zdravotním stavu osobě:

Jméno a příjmení osoby, které zakazují podávat informace	Vztah k pacientovi

ZAKAZUJI, aby níže uvedená osoba měla právo vyslovit souhlas, či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama:

Jméno a příjmení osoby, které zakazuji za mě udělit zástupný souhlas	Vztah k pacientovi

C) Osoby připravující se na výkon povolání (studenti)

Byl/a jsem poučen/a o možnosti se rozhodnout, zda souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka (studenti lékařských fakult, zdravotnických škol a jiné), které jsou vázány povinností mlčenlivosti. Tyto osoby mají rovněž právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytně nutném k zajištění výuky.

SOUHLASÍM s přítomností výše uvedených osob a jejich možností nahlížet do zdravotnické dokumentace o mně vedené.

ANO / NE*

D) Uložení peněz a cenností

SOUHLASÍM s uložením větší částky peněz (nad 1000,- Kč), platebních karet, cenností a dokladů na k tomu určeném pracovišti FNMH.

ANO / NE*

E) Přidělení dopravce

SOUHLASÍM s přidělením dopravce FNMH, pokud mi lékař doporučí použití zdravotnické dopravní služby k přepravě.

ANO / NE*

F) Užívání vlastních léků

Byl/a jsem poučen/a o užívání léčiv během hospitalizace a nebudu samostatně bez souhlasu ošetřujícího lékaře užívat žádné léky. Veškerá léčiva jsem předal/a ošetřujícímu personálu. Při ukončení hospitalizace mi budou použitelná léčiva vrácena.

G) Užívání vlastních elektrospotřebičů

Prohlašuji, že mnou donesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje bezpečné užívání a přejímám odpovědnost za vniklé škody (včetně újm na zdraví) vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

H) Práva a povinnosti, vnitřní řád

Byl/a jsem seznámen/a se svými právy i povinnostmi při poskytování zdravotních služeb a s vnitřním řádem FNMH a zavazuji se jej dodržovat, včetně zákazu kouření.

Byl/a jsem poučen/a, že ve FNMH je zakázáno pořizování obrazových, zvukových či audiovizuálních záznamů, s výjimkou případů, kdy se tak děje ze zákonných důvodů. V případě, že poruším tento zákaz a použitím záznamu vznikne FNMH nebo třetí osobě újma, zavazuji se újmu v plné výši FNMH (resp. třetí osobě) nahradit.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Výše uvedená rozhodnutí a souhlasy mám právo kdykoliv změnit či odvolat.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacient

Podpis a jmenovka