

POUČENÍ A SOUHLAS S AKUTNÍ HOSPITALIZACÍ

Jméno a příjmení pacienta	
Rodné číslo	
Bydliště	
Jméno a příjmení zákonného zástupce (pokud činí toto prohlášení)	

Vážená paní, vážený pane, jste přijímán/a k hospitalizaci v Nemocnici Znojmo, příspěvková organizace.

Personál naší nemocnice je připraven poskytnout Vám maximální péči během pobytu v nemocnici a učinit vše potřebné pro zlepšení Vašeho zdravotního stavu.

Věnujte prosím pozornost následujícímu poučení a souhlasu s hospitalizací.

Upozorňujeme Vás, že není v možnostech oddělení zabezpečit Váš majetek proti odcizení, ztrátě či poškození.

Podle vnitřního řádu nemocnice je pacient při příjmu povinen odložit své svršky a obuv do centrální šatny.

Na oddělení si vezměte pouze nezbytné věci.

V celé nemocnici platí zákaz kouření.

1. Beru na vědomí, že se mohu vzdát podání informace o svém zdravotním stavu. Po dobu hospitalizace:

- chci být informován/a o svém zdravotním stavu
- se vzdávám podání informace o svém zdravotním stavu

2. Byl/a jsem informován/a, že oddělení je školícím pracovištěm a na poskytování zdravotních služeb se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.

S ošetřováním těmito osobami: Souhlasím Nesouhlasím

Souhlasím, aby tyto osoby nahlížely do mé zdravotnické dokumentace: Ano Ne

3. Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu následujícím osobám:

* nevyplnění neznamená zákaz poskytování informací

* pořadí, v jakém osoby uvádím, je rozhodné v případě jejich práva vyslovit za mě souhlas s poskytováním zdravotních služeb

Jméno a příjmení _____

Bydliště, telefonní číslo _____

- právo obdržet informace o mém zdravotním stavu Ano Ne
v rozsahu úplném částečném – uveďte omezení _____
- právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace Ano Ne
- právo pořizovat výpisy, kopie mé zdravotnické dokumentace Ano Ne
- právo vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb,
pokud jej nebudu s ohledem na svůj zdravotní stav moci vyslovit Ano Ne

Jméno a příjmení _____

Bydliště, telefonní číslo _____

- právo obdržet informace o mém zdravotním stavu Ano Ne
v rozsahu úplném částečném – uveďte omezení _____
- právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace Ano Ne
- právo pořizovat výpisy, kopie mé zdravotnické dokumentace Ano Ne
- právo vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb,
pokud jej nebudu s ohledem na svůj zdravotní stav moci vyslovit Ano Ne

Informace o mém zdravotním stavu mohou být uvedeným osobám sdělovány následujícím způsobem (např. ústně při osobní návštěvě): _____

4. Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu následujícím osobám:

Jméno a příjmení _____

Jméno a příjmení _____

5. Beru na vědomí, že okruh osob uvedený pod body č. 3 a 4 mohu kdykoli změnit a svůj souhlas či zákaz poskytovat těmto osobám informace o mém zdravotním stavu, jakož i jakýkoli jiný udělený souhlas či zákaz mohu kdykoli změnit nebo odvolat.

6. Jiná poučení a informace: _____

Potvrzuji tímto, že jsem byl/a srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu a navrženém individuálním léčebném postupu. Bylo mi umožněno klást doplňující otázky vztahující se k mému zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám. Mé otázky mi byly srozumitelně zodpovězeny.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem si tento formulář přečetl/a a porozuměl/a jeho obsahu. Veškeré údaje jsem uvedl/a pravdivě.

S akutní hospitalizací souhlasím.

Datum a podpis pacienta (zákonného zástupce / zástupců)	
Podpis svědka, pokud se pacient nemůže podepsat, ale projevil svou vůli	
Způsob pacientova projevu vůle k podpisu	
Důvody, proč pacient nemůže projevit svou vůli	

Názor nezletilého pacienta (popř. zbaveného způsobilosti k právním úkonům), je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku (u zbaveného způsobilosti bez ohledu na věk) _____

Potvrzuji tímto, že pacientovi byla podána informace o jeho zdravotním stavu, popř. se podání této informace vzdal.

Datum, podpis a razítko sestry	
Datum, podpis a razítko lékaře	