

Informovaný souhlas s hospitalizací

Identifikační údaje pacienta/tky	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka *	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Vztah k pacientovi	

(* Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta omezeného na svéprávnosti)

Souhlasím s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Nymburk, s. r. o.

Důvod hospitalizace: _____

Po přijetí k hospitalizaci jsem byl/a ošetřujícím lékařem seznámen/a s důvodem přijetí. Byl/a jsem informován/a o svých právech a povinnostech, o mém zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu, zejména o povaze mé nemoci, o navrhovaných diagnostických a terapeutických výkonech, o možném provádění laboratorních a zobrazovacích vyšetřovacích postupů a podávání léčivých přípravků. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky a bylo mi na ně srozumitelně odpovězeno.

Souhlasím / nesouhlasím** s přítomností osob (studentů, praktikantů) připravujících se na výkon zdravotnického povolání a jejich pedagogického dozoru při mém vyšetřování a léčbě a současně **zakazují / souhlasím**** s tím, aby osoby připravující se na výkon lékařského a nelékařského zdravotnického povolání nahlížely do mé zdravotnické dokumentace.

Souhlasím / nesouhlasím** s umístěním identifikačního náramku na zápěstí (kotník), který bude obsahovat mé jméno, příjmení, datum narození, kód zdravotní pojišťovny a identifikaci lůžkového oddělení.

Souhlasím / nesouhlasím** se sdělováním informací týkající se mého zdravotního stavu při vizitách před ostatními pacienty.

Souhlasím / nesouhlasím** s umístěním mých cenností do nemocničního trezoru (jedná se hlavně o plat. karty, hotovost, šperky, apod.). V případě, že nesouhlasím s uložením cenností do trezoru, Nemocnice Nymburk s.r.o. nenesou odpovědnost za jejich případnou ztrátu/odcizení.

(**nehodící se škrtněte)

Informace k hospitalizaci

- Byl/a jsem informován/a, že **Domácí Řád** a **Práva pacientů** podle zákona o zdravotních službách jsou k dispozici na oddělení.
- Byl/a jsem poučen/a o svém právu odvolat a změnit, kdykoliv v průběhu poskytování zdravotní péče, svá rozhodnutí.

Podávání informací o zdravotním stavu

A. Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoli osobě

B. Dávám tímto souhlas, aby o mém zdravotním stavu byli informováni:

- Jméno, příjmení _____ vztah: _____
telefon _____
- Jméno, příjmení _____ vztah: _____
Telefon _____

Tyto osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat výpisy a kopie

ANO

NE

(Nemocnice Nymburk s.r.o. může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením.)

C. Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem

ústně

telefonicky (pouze s PIN/heslem)

PIN/heslo: _____

Informace o mém zdravotním stavu po telefonu lze poskytovat pouze osobám výše uvedeným a jen v případě uvedení komunikačního hesla/PIN. Pokud neurčím jinak, heslo tvoří první čtyři číslice rodného čísla.

V Nymburce dne _____ v _____ hodin

podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka)

jmenovka a podpis lékaře

jmenovka a podpis sestry

Vyplní lékař v případě neschopnosti podpisu:

Pacient/ka není schopen (a) podpisu z důvodu: _____

Způsob projevu souhlasu: _____

Jméno a příjmení svědka (zaměstnanec NNBK):

V Nymburce dne _____ v _____ hodin

podpis svědka

podpis lékaře