



Nemocnice sv. Alžběty spol. s r.o.
Na slupi 448/6, Nové Město
128 00 Praha 2

Souhlas pacienta s hospitalizací v Nemocnici sv. Alžběty

1. Identifikační údaje pacienta

Jméno:	Titul:
Příjmení:	Rodné číslo:

2. Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka

Jméno:	Titul:
Příjmení:	Rodné číslo:

3. Vzdání se podání informace o zdravotním stavu

* Byl jsem poučen o této možnosti a výslovně se VZDÁVÁM podání informace o mém zdravotním stavu. (* V případě vzdání se podání informace prosím zakřížkujte)

4. Souhlas pacienta s hospitalizací

Přijímající lékař mne v dostatečném rozsahu informoval o mém zdravotním stavu, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách a navrhl mi hospitalizaci. Jednotlivé vyšetřovací a léčebné postupy mi budou vysvětleny před jejich provedením.

Vše mi bylo sděleno a vysvětleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše si řádně, v klidu a v dostatečné časové lhůtě rozvážit a měl/a jsem možnost zeptat se na vše, čemu jsem nerozuměl/a, nebo co považuji za podstatné. Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné, nemám další otázky. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení SOUHLASÍM s hospitalizací v Nemocnici sv. Alžběty spol. s r.o., IČ 496 78 779, a s navrhovanou léčbou.

5. Poučení pacienta o přítomnosti osob připravujících se na výkon zdravotnického či sociálního pracovníka a dalších osob

Nemocnice sv. Alžběty je zdravotnickým zařízením, které slouží také výuce lékařů, studentů lékařských fakult a zdravotnických škol připravujících se na výkon zdravotnického povolání a studentů připravujících se na výkon povolání sociálního pracovníka. Dovolujeme si Vás proto informovat, že na zdravotních či sociálních službách, které Vám budou poskytnuty, se mohou podílet i osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.

Máte právo přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a nahlížení do zdravotnické dokumentace zakázat. Váš případný zákaz nijak neovlivní poskytování zdravotních služeb.

Pacient tímto bere na vědomí a souhlasí, že zdravotní péče mu může být z organizačních důvodů poskytována za přítomnosti dalších pacientů. Toto opatření souvisí zejména s rozmístěním pacientů na pokojích a jejich sdílení s dalšími pacienty. Pacient souhlasí, že klinická prohlídka (vizita) bude prováděna na jeho/jejím pokoji za přítomnosti ostatních pacientů umístěných v tomto pokoji.

Souhlasím s tím, aby mne navštěvovali během hospitalizace dobrovolníci. Tyto osoby neprovádějí zdravotní péči, nemají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a jsou vázány mlčenlivostí. Jedná se pouze o aktivizační činnost.

6. Záznam o vyjádření souhlasu/nesouhlasu pacienta s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta

Máte možnost určit osoby, které mohou být informovány o Vašem zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací kterékoliv osobě. Současně máte možnost uvést, zda Vámi určené osoby mohou nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a zda jim náleží právo na pořízení výpisů nebo kopií.

Jako pacient máte dále právo sdělit, zda Vámi určené osoby mají právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb Vaší osobě, pokud tak vzhledem k zdravotnímu stavu



Nemocnice sv. Alžběty spol. s r.o.
Na slupi 448/6, Nové Město
128 00 Praha 2

nebudete moci učinit Vy sám/sama. (Netýká se zdravotních služeb, které lze poskytnout bez souhlasu pacienta).

Určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu můžete kdykoliv odvolat. (* *Níže prosím zakroužkuje platné odpovědi*)

a) Vyslovuji ZÁKAZ podávání informací o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:

Jméno a příjmení: _____

b) Vyslovuji ZÁKAZ podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě.

c) SOUHLASÍM s poskytováním informací o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:

Jméno a příjmení: _____ tel. _____

Kontaktní adresa: _____

Jméno a příjmení: _____ tel. _____

Kontaktní adresa: _____

Tyto osoba mají právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace **ANO – NE** a právo na pořízení výpisů a kopií **ANO – NE**.

Tyto osoby mají právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/a **ANO – NE**.

Osoby, které jsou oprávněny k poskytování informací o mém zdravotním stavu, jsou povinny se při osobním informování prokázat platným občanským průkazem či jiným obdobným způsobem. V případě telefonického informování budou oprávněným osobám sděleny informace o mém zdravotním stavu pouze při použití následujícího hesla:

7. Seznámení se s pravidly chování na zdravotnickém pracovišti

Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření ve vnitřních prostorách Nemocnice sv. Alžběty a zavazuji se jej dodržovat. Byl/a jsem poučen/a, že v Nemocnici sv. Alžběty je zakázáno pořizování obrazových, zvukových či jiných audiovizuálních snímků. Byl/a jsem seznámen/a s možností úschovy peněz a cenností v nemocniční trezoru. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s tím, že informacemi o zpracování mých osobních údajů jsou k dispozici na vyžádání u zdravotnického personálu anebo na stránce www.nemalzbeta.cz.

8. Použití omezovacích prostředků

Souhlasím s omezením mého volného pohybu omezovacími prostředky (především úchopem, ochrannými pásy, kurty) za podmínek daných platnými právními předpisy, tedy za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé nebo jiných osob, a to pouze po dobu, po kterou trvají shora popsané důvody jejich použití.

9. Souhlas pacienta s označením lůžka jménem a datem narození

Souhlasím s označením mého lůžka na pokoji mým jménem, příjmením a datem narozením. **ANO – NE** (* *prosím zakroužkujte odpověď*)

V Praze dne _____

Podpis pacienta / zástupce / svědka

Podpis lékaře

Nemůže-li se pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu

Uveďte jméno svědka, způsob projevu vůle pacienta a důvod nepodepsání souhlasu: