

 OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM, a. s.	Oblastní nemocnice Příbram, a.s. Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01 IČO: 27085031, telefon: 318 641 111
---	---

Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací – část 1

Oddělení:

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:

Já níže podepsaný pacient / zák. zástupce tímto prohlašuji,

že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval o důvodu mé hospitalizace a způsobu léčby, a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na mou léčbu.

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly zodpovězeny, a další otázky nemám. Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil, a **souhlasím s navrženou hospitalizací.**

- **Přeji si** dostávat informace o svém zdravotním stavu: ano ne
- **Souhlasím** s tím, aby v rámci výuky studenti zdravotnických škol a studenti lékařských fakult nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a byli přítomni při vyšetření; souhlas nahlížet do zdravotnické dokumentace platí i pro členy akreditační komise a osoby sledující kvalitu poskytované péče: ano ne
- **Souhlasím** s tím, abych byl během lékařské vizity na pokoji seznamován se skutečnostmi, které se týkají změny a vývoje mého zdravotního stavu: ano ne
- **Souhlasím** s pořízením fotodokumentace výhradně pro účely hodnocení mého poranění/onemocnění a postupu probíhající léčby: ano ne
- **Souhlasím**, že bez vědomí ošetřujícího lékaře nebudu užívat žádné léky mimo předepsaných.
- **Souhlasím**, že v případě nutnosti bude proveden odběr mého biologického materiálu (krev, moč) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.
- **Souhlasím**, že v případě nutnosti mohou být v rámci léčebného režimu použity omezovací prostředky za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení mého života, zdraví nebo bezpečnosti (např. stav po anestezii, operaci, při/po podání léčiva ovlivňujícího motoriku apod.) a to v nezbytném rozsahu a pouze po dobu, po kterou trvají zákonné důvody jejich použití.

Na základě poučení shora dávám **svůj plný informovaný souhlas** s navrženou hospitalizací včetně vyznačení dalších souhlasů výše, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce: Datum:

Prohlašuji, že jsem pacienta / zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient / zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře a podpis: Datum:

 OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM, a. s.	Oblastní nemocnice Příbram, a.s. Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01 IČO: 27085031, telefon: 318 641 111
---	---

Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací – část 2

1. **Souhlasím** s připnutím identifikačního náramku: ano ne

2. **Podávání informací o mém zdravotním stavu jiným osobám:**

A) **souhlasím s podáváním informací** o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám – při osobním kontaktu nebo telefonicky **při uvedení hesla:**

Jméno / Vztah / Adresa / Telefon	Vyslovení náhradního souhlasu s poskytováním zdravotních služeb
	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Tyto osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat výpisy/kopie	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

B) **vyslovuji zákaz** podávat informace o mém zdravotním stavu:

jakékoliv osobě uvedeným osobám:

3. **Žádám** po dobu hospitalizace o uložení na nadstandardním pokoji, pokud bude volný: ano ne
S podmínkami a cenou dle platného ceníku jsem byl/a seznámena.

4. **Byl/a jsem poučen/a**, že veškeré léky, které jsem do nemocnice přinesl/a, odevzdám ošetřujícímu personálu. Tyto léky mi budou vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu, přebírám veškerou odpovědnost při jejich zneužití třetí osobou.

5. **Prohlašuji**, že mnou přinesené spotřebiče splňují bezpečnostní normy a jsou certifikované pro dané užití. Přejímám osobní odpovědnost za případnou škodu včetně újmy na zdraví, kterou spotřebič při užívání může způsobit (nabíječka, holicí strojek, rádio atd.).

Poučení s pobytem

Jsem si vědom/a, že mé osobní údaje budou použity k mé identifikaci a dále za účelem poskytování zdravotních služeb, vedení zdravotnické dokumentace a ochrany majetku.

Potvrzuji, že jsem se seznámil/a s *Vnitřním řádem nemocnice*, ve kterém jsou uvedeny důležité informace související s pobytem na oddělení. *Vnitřní řád nemocnice*, *Práva pacientů* a *Charta práv dětí* jsou viditelně umístěny v prostorách oddělení / na pokojích pacientů a jsou Vám k dispozici.

Za ztrátu finančního obnosu a cenností, které neuložíte do úschovy personálu na oddělení nebo do centrálního trezoru, nemocnice neodpovídá.

Povinnosti pacientů

Pacient je povinen při poskytování zdravotních služeb dodržovat navržený individuální léčebný postup, řídit se *Vnitřním řádem nemocnice*, informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu včetně informací o infekčních nemocech, nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře vyšetření za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

V případě porušení těchto ustanovení vycházejících ze zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. může být hospitalizace pacienta, který není v ohrožení života, lékařem ukončena.

Podpis pacienta / zák. zástupce: Datum:

Jmenovka sestry, datum a podpis: