



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY

Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10, IČ: 00064173

Souhlas pacienta/pacientky s hospitalizací a případným překladem v rámci FNKV

Příjmení a jméno:

Kód ZP:

RČ/datum narození:

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše pro to, abyste byl/a během hospitalizace spokojený/á a budeme se snažit Vám zpříjemnit pobyt v naší nemocnici.

PROSÍM, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO JE PRO VÁS DŮLEŽITÉ.

PŘEJI SI / NEPŘEJI SI znát informace o svém zdravotním stavu¹.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a jeho stádiem (včetně příčiny a původu nemoci, jsou-li známy) a s jeho možným vývojem a informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mne dle aktuálních informací o mém zdravotním stavu.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření, léčby, omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav. Byly mi zodpovězeny všechny mnou kladené otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.

S hospitalizací ve FNKV souhlasím² a jsem si vědom(a), že tento souhlas s hospitalizací platí pro všechny překlady v rámci jedné hospitalizace ve FNKV. Své rozhodnutí mohu za pobytu ve FNKV kdykoliv změnit vyplněním nového „Souhlasu pacienta/pacientky s hospitalizací“.

V případě, že bude nutné provést další specializovaný výkon, bude mě, nebo osobě mnou určené předložen konkrétní informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu výkonu.

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.

SOUHLASÍM / **NESOUHLASÍM**, aby informace o mém zdravotním stavu mohly být předávány i dalším níže uvedeným osobám.

Heslo pro sdělování informací určeným osobám (telefonicky, osobně, písemně)

Možnost volit číselnou / abecední kombinaci libovolných znaků:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Určuji, aby osobou, která má právo na informace o mém zdravotním stavu, byl/a zejména:

.....

Jméno, příjmení, vztah k pacientovi

Adresa..... telefon.....

MÁ / **NEMÁ** právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace.

¹ K vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob.

² V případě odmítnutí hospitalizace je nezbytné vystavit Prohlášení o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotního výkonu - Revers

MÁ/NEMÁ právo pořizovat si výpisy nebo kopie mé zdravotnické dokumentace.

MÁ / NEMÁ právo rozhodovat o poskytnutí zdravotních služeb mé osobě v době, kdyby mi můj zdravotní stav nedovolil vyjádřit své rozhodnutí o navrhované léčbě.

Přeji si dále, aby osoba/y uvedená/é v tabulce BYLA/Y informována/y o mém zdravotním stavu a dále oprávněna/y k:

Jméno a příjmení *)	Vztah k pacientovi/telefon	Rozsah informací o zdravotním stavu	Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů vztahující se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů
			ano/ne
			ano/ne
			ano/ne

Nepřeji si, aby z osob blízkých (příbuzní v řadě přímé, sourozenci, manžel/ka nebo partner/ka podle zákona o registrovaném partnerství) dostaly informace o mém zdravotním stavu následující osoby:

Jméno a příjmení*)	Vztah k pacientovi

*) Prázdné kolonky proškrtněte

Jsem si vědom/a, že Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, je výukovým pracovištěm lékařské fakulty a zdravotnických škol. Z toho důvodu

DÁVÁM/NEDÁVÁM **souhlas** s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace, či byli přítomní, popř. se podíleli na mém vyšetřování, léčení a ošetřování pod dohledem pověřených zkušených lékařů a sester/laborantů.

Byl/a jsem poučen/a, že jsem při poskytování zdravotních služeb povinen/povinna řídit se Vnitřním řádem FNKV i **pracoviště**. **Beru na vědomí**, že není v možnostech kliniky (oddělení) zabezpečit můj majetek, který jsem nepředal/a do úschovy, proti odcizení, ztrátě či poškození. Tento majetek si ponechávám ve své dispozici a zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě či poškození. Dále prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za event. škody, včetně újm na zdraví způsobené jejich nesprávnou funkcí (např. holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, nabíječka na telefon, televize, osobní počítač apod.).

Prohlašuji, že nevstupuji do FNKV se střelnou ani jinou zbraní a zároveň prohlašuji, že poučím své návštěvy, aby nevstupovaly do tohoto zdravotnického zařízení se střelnou ani jinou zbraní.

Dále prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s hospitalizací a navrhovaným postupem léčby.

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

.....

Podpis pacienta

(úměrně rozumové vyspělosti nezletilého dítěte)

.....

ID lékaře

U nezletilých osob či osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům, udělil souhlas, jméno a podpis zákonného zástupce/opatrovníka pacienta:

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

.....
Podpis zákonného zástupce/opatrovníka

Identifikace zákonného zástupce/opatrovníka:

Jméno a příjmení:Datum narození:

Vztah k pacientovi:

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

Jméno a příjmení svědka _____

Způsob, jakým pacient/ka projevil/a vůli _____

Důvod nepodepsání souhlasu_____

V Praze, dne_____20____ v _____hod.

Podpis svědka

ID lékaře, který informace poskytl