

Poučení a souhlas pacienta s hospitalizací

Pacient/ ka: Příjmení, jméno, titul: RČ.....

Oddělení:.....

Jméno zákonného zástupce(opatrovníka)

Příjmací lékař:.....

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámena(a) se svým zdravotním stavem, charakterem mého onemocnění a s účelem a povahou plánovaných vyšetřovacích a léčebných výkonů i možnými alternativními léčeními, jakož i s možnými důsledky a riziky těchto výkonů i případnými komplikacemi, které mohou během léčení nastat.

Poté jsem měl(a) možnost zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením plánovaných a dalších potřebných vyšetřovacích či léčebných výkonů (např. odběrem krve a ostatního biologického materiálu, infuzí, injekcí do svalů, žíly a podkoží, podáním transfuze krve a krevních derivátů), jakož i jiných výkonů, které můj zdravotní stav vyžaduje.

V případě, že bude nutné provést další specializovaný výkon, bude mi 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.

Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebudu užívat žádné vlastní léky.

Přeji si, aby osoba uvedená v tabulce byla informována o mém zdravotním stavu a dále oprávněna:

Jméno, příjmení, vztah k pacientovi	Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a jiných zápisů, vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů.	Vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, pokud toho nebudu s ohledem na můj zdravotní stav schopen já, nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu
Nikomu		
Kontakt:	Ano / Ne	Ano / Ne
Heslo pro telefonické informace:	Ano / Ne	Ano / Ne

Vyslovuji zákaz s poskytováním informací o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jméno, příjmení, vztah k pacientovi:

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s organizačně provozními podmínkami hospitalizace stanovené interním řádem a ostatními předpisy NNŽ a zavazuji se je dodržovat, zejména: při ukládání šatů se budu

řídít výslovnými pokyny přijímací sestry

- peníze a jiné cenné věci (šperky, vkladní knížky apod.) omezím jen na nejnútnejší minimum. Beru na vědomí, že peníze a ostatní cenné věci mohou předat prostřednictvím přijímací sestry proti potvrzení do úschovy. Za cennosti, které si pacient po dobu hospitalizace ponechává u sebe nemocnice neručí
- bude dodržovat přísný zákaz vnášení zbraní
- bude dodržovat zákaz kouření, pití alkoholu a požívání omamných látek

Informace pro personál:

OP:	ANO/ NE	Karta pojištěnce:	ANO /NE
Klíče při příjmu:	ANO/ NE	Šatna:	ANO/ NE
Cennosti:	ANO/ NE		

Svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že všemu výše uvedenému plně rozumím a podepisuji se zcela bez výhrad, ze své vlastní svobodné vůle.

V Praze dne.....	podpis pacienta.....
.....
podpis lékaře provádějící poučení	podpis přijímací sestry

V Praze dne.....	podpis pacienta.....
.....
podpis lékaře provádějící poučení	podpis sestry

Současný zdravotní stav pacienta/pacientky nedovoluje, aby podepsal(a) toto poučení a souhlas s hospitalizací, z důvodů:

.....

a svou vůli projevil(a) následujícím způsobem:

.....

podpis lékaře provádějící poučení

Svědék:

Jméno, příjmení

podpis