

Příjmení:

Jméno:

R.č.:

Souhlas s hospitalizací



ÚVN
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice Praha

Vážená paní, vážený pane,

vítáme Vás v Ústřední vojenské nemocnici - Vojenské fakultní nemocnici Praha (dále jen ÚVN). Tým lékařů, sester a ostatních pracovníků naší nemocnice je připraven Vám pomoci a usnadnit průběh Vašeho léčení.

Důvod hospitalizace

.....

Byl/a jsem lékařem.....srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, důvodech hospitalizace a navrhovaném léčebném a diagnostickém postupu. Zároveň mi byla vysvětlena možná rizika související s poskytováním zdravotních služeb a také možné alternativy zdravotních služeb.

Na základě poskytnutých informací **uděluji souhlas s hospitalizací.**

V případě, že bude v průběhu hospitalizace nutné provést specializovaný výkon, bude mi předem podána srozumitelná a ucelená informace, na základě které se budu moci rozhodnout, zda k provedení výkonu udělím souhlas.

V případě potřeby souhlasím **ANO** **NE** (nehodící se škrtněte) se zhotovením fotodokumentace doplňující průběh vývoje zdravotního stavu, která bude součástí zdravotnické dokumentace v klinickém informačním systému.

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, např. šířením přenosné choroby.

ÚVN je výukovým pracovištěm. Pod dohledem zkušených lékařů, sester a dalších odborných pracovníků zde svou praxi vykonávají studenti připravující se k výkonu zdravotnického povolání. Prosíme proto o pochopení, trpělivost a souhlas, aby i tyto osoby mohly být seznámeny s informacemi o Vašem zdravotním stavu a mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace. Přítomnost osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání i nahlížení do Vaší zdravotnické dokumentace máte právo odmítnout a svůj případný souhlas v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.

Souhlasím s tím, aby osoby, které se v ÚVN připravují na výkon zdravotnického povolání, mohly být přítomny při poskytování zdravotních služeb mé osobě a nahlížely do mé zdravotnické dokumentace.

ANO **NE** (nehodící se škrtněte)

Po poučení prohlašuji, že si přeji, aby **osoby níže uvedené byly informovány o mém zdravotním stavu a dále byly oprávněny:**

Jméno, příjmení, vztah k pacientovi, kontakt	nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a pořizovat si kopie nebo výpisy	vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na můj zdravotní stav schopen/a
	ANO - NE	ANO - NE
	ANO - NE	ANO - NE

Žádáme Vás o určení způsobu informování Vámi určené osoby.

Osobně

Telefonicky Osobní identifikační kód:.....

VZDÁVÁM - NEVZDÁVÁM (nehodící se škrtněte)

se možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu.

V případě, že jsem se vzdal/a možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu, určuji, aby osobou, které má být podána informace o mém zdravotním stavu byla:

Jméno a příjmení: **vztah k pacientovi:**

Jméno a příjmení: **vztah k pacientovi:**

Vyslovuji zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jméno a příjmení: **vztah k pacientovi:**

Jméno a příjmení: **vztah k pacientovi:**

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. Dále prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za případné škody, včetně újmy na zdraví způsobené jejich nesprávnou funkcí (např. holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, nabíječka na telefon, televize, PC apod.).

V Praze, dnev.....hod.

.....
podpis pacienta (zák. zástupce)

V Praze, dnev.....hod.

.....
jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka