



FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

FN MOTOL

Jméno:

Příjmení:

R.č.:

SOUHLAS PACIENTA S HOSPITALIZACÍ VE FN MOTOL

Přijímající lékař/ka mne dostatečně a srozumitelně informoval/a o mém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **SOUHLASÍM s hospitalizací ve Fakultní nemocnici v Motole a s navrhovanou léčbou.** Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné a nemám další otázky.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **SOUHLASÍM s opakovanou hospitalizací při intenzivní léčbě na Klinice dětské hematologie a onkologie ve Fakultní nemocnici v Motole a s navrhovanou léčbou v celkové délce.....měsíců.** Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné a nemám další otázky.

Platnou odpověď vždy označte křížkem.

A) Mám možnost se rozhodnout, zda **budu informován/a o svém zdravotním stavu.**

CHCI být informován/a

VZDÁVÁM se podání informace o svém zdravotním stavu.

B) Mám možnost určit **další osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu,** případně rozsah jim podávaných informací omezit, nebo zakázat podávání informací o mém zdravotním stavu dalším osobám.

SOUHLASÍM s podáváním informací o svém zdravotním stavu níže uvedeným osobám a dále jim přiděluji uvedená práva:

Jméno, příjmení/ adresa trvalého pobytu nebo datum narození	Vztah k pacientovi/ telefon	Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy/kopie	Právo vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama
		ANO - NE*	ANO - NE*
		ANO - NE*	ANO - NE*
		ANO - NE*	ANO - NE*
		ANO - NE*	ANO - NE*

** Platnou odpověď zakroužkujte.*

OMEZUJI rozsah podávaných informací o mém zdravotním stavu výše určeným osobám takto:

.....

SOUHLASÍM s možností podávání informací o mém zdravotním stavu telefonicky, po uvedení

HESLA (k ověření totožnosti volajícího):

ZAKAZUJI podávání informací o svém zdravotním stavu jakékoliv osobě.

ZAKAZUJI podávání informací o svém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:

Jméno a příjmení osob, kterým zakazuji podávat informace	Vztah k pacientovi

C) Byl/a jsem poučen/a o možnosti se rozhodnout, zda souhlasím s **přítomností osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka** (studenti lékařských fakult, zdravotnických škol a jiné), které jsou vázány povinností mlčenlivosti. Tyto osoby mají rovněž právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytně nutném k zajištění výuky. Mám možnost zakázat **jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace** o mně vedené.

SOUHLASÍM **ODMÍTÁM**, aby byly tyto osoby přítomny poskytování zdravotních služeb mé osobě.

SOUHLASÍM **ZAKAZUJI**, aby tyto osoby nahlížely do zdravotnické dokumentace o mně vedené.

D) FN Motol je vědeckým pracovištěm, mám možnost zpřístupnit **data** uvedená ve zdravotnické dokumentaci **k vědeckým účelům**. Projekty jsou schvalovány Etickou komisí FN Motol a kladou si za cíl získat nové poznatky v medicíně, které mohou přispět ke kvalitnější péči.

SOUHLASÍM **NESOUHLASÍM** s přístupem pověřených zaměstnanců FN Motol do zdravotnické dokumentace o mně vedené za účelem zhodnocení, zda splňuji požadavky pro konkrétní výzkumný projekt. Pokud ano, budu následně požádán/a o poskytnutí specifického souhlasu k účasti v projektu či obdržím transparentní informace, které podrobně specifikují oblast výzkumu, dobu jeho trvání, stanovený právní základ, identifikaci příjemců osobních údajů a další transparentní informace vyplývající z GDPR.

E) Byl/a jsem poučen/a o **možnosti uložení větší částky peněz, platebních karet a cenností**.

SOUHLASÍM **ODMÍTÁM** uložení větší částky peněz, platebních karet a cenností na administrativním příjmu FN Motol a přijímám rizika s tím související.

F) V rámci dobrovolnického programu ve FN Motol mohou být na pracovištích přítomni **dobrovolníci**, kteří **mě mohou** s mým souhlasem **navštívit**.

SOUHLASÍM **ODMÍTÁM** možnost návštěvy dobrovolníka.

G) Pokud mi při propuštění lékař doporučí použití zdravotnické dopravní služby k přepravě do mého vlastního sociálního prostředí nebo k jinému poskytovateli zdravotních služeb, souhlasím s tím, aby byl můj **transport** zajištěn **vozidly zdravotnické dopravní služby FN Motol** či jejich smluvních partnerů.

SOUHLASÍM **NESOUHLASÍM** s přidělením dopravce ze strany FN Motol.

H) Byl/a jsem seznámen/a se **svými právy i povinnostmi** při poskytování zdravotních služeb **a s vnitřním řádem zdravotnického pracoviště a zavazuji se jej dodržovat**, včetně **zákazu kouření**.

I) Byl/a jsem poučen/a o užívání léčiv během hospitalizace a **nebudu samostatně bez souhlasu ošetřujícího lékaře užívat žádné léky**. Veškerá léčiva jsem předal/a ošetřujícímu personálu. Při ukončení hospitalizace mi budou použitelná léčiva vrácena.

J) Prohlašuji, že veškeré **elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví FN Motol** a které budu v nemocnici používat, **jsou bez závad**. Jsem srozuměn/a, že **jsem odpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů**.

Výše uvedená rozhodnutí a souhlasy mám právo kdykoliv změnit či odvolat.

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

.....
Podpis pacienta

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Podpisová doložka svědka, pokud se pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

.....
Důvod, pro který se pacient nemůže podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka