



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

Jméno:

Příjmení:

R.č.:

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S HOSPITALIZACÍ NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ VE FN MOTOL

Přijímající lékař/ka mne dostatečně a srozumitelně informoval/a o zdravotním stavu osoby mnou zastupované 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 osoby mnou zastupované ve Fakultní nemocnici v Motole a s navrhovanou léčbou.** Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné a nemám další otázky.

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

Platnou odpověď vždy označte křížkem.

Identifikace zákonných zástupců:

Zákonný zástupce, který uděluje souhlas:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: Tel. číslo:

Adresa trvalého pobytu:

Druhý zákonný zástupce (u nezletilých pacientů):

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: Tel. číslo:

Adresa trvalého pobytu:

SOUHLASÍM s možností podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované

telefonicky, po uvedení **HESLA** (k ověření totožnosti volajícího):

A) Mám možnost určit **další osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu osoby mnou zastupované**, případně rozsah jim podávaných informací **omezit, nebo zakázat podávání informací** o zdravotním stavu osoby mnou zastupované dalším osobám. Toto se nevztahuje na druhého zákonného zástupce nezletilého pacienta, který má na informace o zdravotním stavu nezletilého právo a nelze mu toto právo odpírat.

- SOUHLASÍM** s podáváním informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované 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	Právo pořizovat si výpisy nebo kopie zdravotnické dokumentace
-----	-----	ANO - NE*	ANO - NE*
-----	-----	ANO - NE*	ANO - NE*
-----	-----	ANO - NE*	ANO - NE*

* Platnou odpověď zakroužkujte.

- OMEZUJI** rozsah podáváných informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované výše určeným osobám takto:
.....

- ZAKAZUJI** podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované jakékoliv osobě.

- ZAKAZUJI** podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované níže uvedeným osobám:

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

B) 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** vedené o osobě mnou zastupované.

- SOUHLASÍM** **ODMÍTÁM**, aby byly tyto osoby přítomny poskytování zdravotních služeb osobě mnou zastupované.

- SOUHLASÍM** **ZAKAZUJI**, aby tyto osoby nahlížely do zdravotnické dokumentace vedené o osobě mnou zastupované.

C) 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 vedené o osobě mnou zastupované za účelem zhodnocení, zda splňuje 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.

D) 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.

E) V rámci dobrovolnického programu ve FN Motol mohou být na pracovištích přítomni **dobrovolníci**, kteří s mým souhlasem **mohou navštívit osobu mnou zastupovanou.**

SOUHLASÍM **ODMÍTÁM** možnost návštěvy dobrovolníka.

F) Pokud osobě mnou zastupované při propuštění lékař doporučí použití zdravotnické dopravní služby k přepravě do jejího vlastního sociálního prostředí nebo k jinému poskytovateli zdravotních služeb, souhlasím s tím, aby byl **transport** osoby mnou zastupované zajištěn **vozidly zdravotnické dopravní služby FN Motol** či jejich smluvních partnerů.

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

G) Byl/a jsem seznámen/a s **právy i povinnostmi pacientů** při poskytování zdravotních služeb a s **vnitřním řádem zdravotnického pracoviště a zavazuji se jej dodržovat**, včetně **zákazu kouření**. Prohlašuji, že osoba mnou zastupovaná byla s tímto řádem seznámena přiměřeně svému věku a rozumovým schopnostem, především s organizací a pravidly provozu na daném pracovišti. V postavení zákonného zástupce se zavazuji, že osoba mnou zastupovaná **bude vnitřní řád dodržovat** a dále bude dodržovat **zákaz kouření**.

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

I) Prohlašuji, že veškeré **elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví FN Motol** a které budu já nebo osoba mnou zastupovaná 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 zákonného zástupce

.....
Podpis a jmenovka lékaře