



FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 155 00 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

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.

A) Mám možnost určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu, určit způsob podávání informací, dále mohu omezit rozsah podávaných informací nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací kterékoliv osobě nebo určeným osobám. Současně mám možnost uvést, zda mnou určené osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o mně vedené a zda jim náleží právo na pořízení výpisů nebo kopií. Dále mám právo sdělit, zda mnou určené osoby mají právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem k zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama. (Netýká se zdravotních služeb, které lze poskytnout bez souhlasu pacienta). Určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o mém zdravotním stavu můžu kdykoliv odvolat.

Označte křížkem pouze v případě využití této možnosti. * Zakroužkujte platnou odpověď.)

SOUHLASÍM s poskytováním informací o mém zdravotním stavu těmto osobám:

1) Jméno a příjmení:.....tel:.....

Kontaktní adresa:.....

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - **ANO - NE***, právo pořizovat výpisy/kopie - **ANO - NE***
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama - **ANO - NE***
- způsob sdělování informací: osobně telefonicky po uvedení hesla:

2) Jméno a příjmení:.....tel:.....

Kontaktní adresa:.....

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - **ANO - NE***, právo pořizovat výpisy/kopie - **ANO - NE***
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama - **ANO - NE***
- způsob sdělování informací: osobně telefonicky po uvedení hesla:.....

3) Další osoby:

.....

.....

OMEZUJI rozsah informování o svém zdravotním stavu výše určeným osobám takto:

.....

Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o svém zdravotním stavu jakékoliv osobě.

Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o svém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:

1) Jméno a příjmení:

2) Jméno a příjmení:

B) Byl/a jsem poučen/a o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu.

Výslovně se **VZDÁVÁM** podání informace o svém zdravotním stavu.

C) Mám možnost odmítnout přítomnost osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a zakázat jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace o mně vedené.

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

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

D) Mám možnost uložení větší částky peněz, platebních karet a cenností na administrativním příjmu FN Motol.

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

*E) 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 a dále dodržovat zákaz kouření.***

*F) 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.*

*G) Prohlašuji, že veškeré **elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví Fakultní nemocnice v Motole 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.***

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

.....
Podpis pacienta

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka