



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

FN MOTOL

Identifikační štítek pacienta

## SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S HOSPITALIZACÍ NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ 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.
- Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **SOUHLASÍM s opakovanou hospitalizací osoby mnou zastupované 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.

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:*.....

.....  
A) Mám možnost určit osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu osoby mnou zastupované, 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 vedené o mnou zastupované osobě a zda jim náleží právo na pořízení výpisů nebo kopií. Toto se nevztahuje na druhého zákonného zástupce nezletilého pacienta, který má na výše uvedené právo a nelze mu toto právo odpírat. Určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu mohou kdykoliv odvolat.

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

- SOUHLASÍM** s poskytováním informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované těmto osobám:

1) Jméno a příjmení: .....tel:.....

Kontaktní adresa:.....

▪ právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - **ANO - NE\***, právo pořizovat výpisy/kopie - **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\***

▪ způsob sdělování informací:  osobně  telefonicky po uvedení hesla: .....

3) Další osoby:

.....

.....

**OMEZUJI** rozsah informování o zdravotním stavu osoby mnou zastupované výše určeným osobám takto: .....

Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované jakékoliv osobě.

Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované níže uvedeným osobám:

1) Jméno a příjmení:.....

2) Jméno a příjmení:.....

*B) Mám možnost odmítnout přítomnost osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a zakázat jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o osobě mnou zastupované.*

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

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

*C) 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.

*D) Byl/a jsem seznámen/a s **právy i povinnostmi pacientů** při poskytování zdravotních služeb a s **vnitřním řádem zdravotnického pracoviště**. 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**.*

*E) 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.*

*F) Prohlašuji, že veškeré **elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví Fakultní nemocnice v Motole** a které bude osoba mnou zastupovaná v nemocnici používat, **jsou bez závad**. Jsem srozuměn/a, že **jsem z pozice zákonného zástupce odpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů**.*

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

.....  
**Podpis zákonného zástupce**

.....  
**Podpis a jmenovka lékaře**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....