VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ*

Jméno a příjmení:		**r. č.:**	

Vážená paní, vážený pane,
vítáme Vás ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (dále jen VFN). Jsme připraveni Vám pomoci a usnadnit Vám pobyt a průběh léčení.

Beru na vědomí, že jsem povinen/na:

- dodržovat navržený individuální léčebný postup,
- řídit se vnitřním řádem, se kterým jsem byl/a seznámen/a,
- dodržovat režim podávání léčivých přípravků na oddělení, tj. bez vědomí a svolení lékaře nemůžu užívat léky, které jsem si přinesl/a; přinesené léky v originálním balení odevzdám zdravotnickému personálu s tím, že mi budou podávány pouze jeho prostřednictvím a zbylé pak při propuštění vráceny,
- pravdivě informovat ošetřující zdravotnické pracovníky o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách prováděných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,
- uhradit nemocnici cenu poskytnutých zdravotních služeb, které jsou nehrazené nebo jen částečně hrazené ze zdravotního pojištění a byl/a jsem předem o této skutečnosti informován/a a souhlasil/a jsem s poskytnutím uvedené zdravotní služby.

VFN je výukovým a vědeckým pracovištěm. Pod dohledem zdravotníků zde vykonávají svou praxi osoby připravující se k výkonu povolání (studenti, stážisti). Jejich výuka není možná bez Vaší spolupráce. Proto prosíme o pochopení, trpělivost a souhlas, aby tyto osoby mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a mohly být přítomné při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě.
Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.

Souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání včetně **nahlížení do zdravotnické dokumentace.**	☐ **ANO** ☐ **NE**

Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaší identitu.
Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.

Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů.	☐ **ANO** ☐ **NE**

Byl/a jsem seznámen/a s možností uložení cenností do trezoru nemocnice/pracoviště, kde jsem hospitalizován/a. Beru na vědomí, že není v možnostech pracoviště **zabezpečit** proti odcizení, ztrátě nebo poškození **můj majetek**, který jsem nepředal/a do úschovy. Pokud si tento majetek ponechávám ve své dispozici, zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě nebo poškození.
Dále prohlašuji, že mnou **vnesené elektrické spotřebiče** jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a přejímám odpovědnost za případné škody, včetně újmy na zdraví, způsobené jejich nesprávnou funkcí (holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, televize, počítač, nabíječka na telefon apod.).

Prohlašuji, že si přeji, aby **níže uvedené osoby** byly oprávněny:

1. získat informace o mém zdravotním stavu,
2. nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD) a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy,
3. vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na můj zdravotní stav schopen/a (zástupný souhlas).

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ*

Jméno a příjmení, vztah k pacientovi, kontakt **Rozsah informace (vše / specifikace rozsahu)**	Získání informace o zdravotním stavu (ad 1)	Nahlížení do ZD (ad 2)	Kopie, výpisy (ad 2)	Zástupný souhlas (ad 3)
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Prosíme Vás o určení způsobu informování Vás/Vámi určené osoby:	☐ **osobně** ☐ **telefonicky, e-mailem, SMS, faxem**
Heslo pro komunikaci (které sdělíte určené osobě sám/sama):	

☐ **VZDÁVÁM** ☐ **NEVZDÁVÁM**	se možnosti na podání **informace** o svém zdravotním stavu.

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

Jméno a příjmení	**Vztah k pacientovi**

Zakazuji poskytovat informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jméno a příjmení	**Vztah k pacientovi**

Byl/a jsem lékařem srozumitelně informován/a o důvodech hospitalizace a na základě podaných informací souhlasím s hospitalizací. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s právy pacienta, která si mohu během celé hospitalizace znovu vyžádat u ošetřovatelského personálu.

☐ Byl/a jsem poučen/a o nakládání s odpadem ze zdravotní péče. Byl mi předán informační leták *„Poučení pacienta o nakládání s odpadem ze zdravotní péče“*.

V Praze dne:

.....	.....
podpis pacienta/jméno a podpis zákonného zástupce a jeho vztah k pacientovi/jméno a podpis opatrovníka	jméno a podpis lékaře/zdravotnického pracovníka

Jestliže pacient není schopen ze zdravotních důvodů záznam podepsat, uveďte způsob, jak pacient projevil svou vůli:

Jméno a příjmení svědka: .....

podpis svědka

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.