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



# EINVERSTÄNDNIS ZUM STATIONÄREN AUFENTHALT*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Vorname und Name:** | | **Geb.-Nr.:** | |

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**
herzlich willkommen im Universitätskrankenhaus Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (nachfolgend nur VFN). Wir möchten Sie unterstützen und Ihnen Aufenthalt und Behandlung in unserer Einrichtung erleichtern.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin:**

- den vorgeschlagenen individuellen Therapieablauf einzuhalten,
- die interne Krankenhausordnung zu befolgen, mit der ich bekannt gemacht wurde,
- den Modus der Verabreichung von Arzneimitteln in der Abteilung einzuhalten, d. h. ohne Wissen und Zustimmung des Arztes kann ich keine mitgebrachten Medikamente einnehmen. Mitgebrachte Medikamente gebe ich beim medizinischen Personal in Originalpackung ab und diese können mir nur über dieses medizinische Personal verabreicht werden,die übrigbleibenden Medikamente werden mir bei der Entlassung zurückgegeben,
- den behandelnden medizinischen Mitarbeiter über die bisherige Entwicklung meines Gesundheitszustandes wahrheitsgemäss zu informieren, einschließlich Informationen über Infektionskrankheiten, über durch andere Anbieter erbrachte medizinische Leistungen, über die Einnahme von Arzneimitteln, einschließlich der Konsumierung von Suchtmitteln, und weitere für die medizinische Behandlung wesentliche Tatsachen,
- dem Krankenhaus den Preis erbrachter medizinischer Leistungen zu erstatten, die nicht oder nur teilweise aus der Krankenversicherung erstattet werden, und ich wurde vorab über diese Tatsache informiert und war mit der Erbringung der angeführten medizinischen Leistung einverstanden.

**VFN** ist eine Lehr- und Forschungseinrichtung. Unter der Aufsicht von medizinischem Personal absolvieren hier Personen, die sich auf die Berufsausübung vorbereiten (Studenten, Praktikanten), ihre praktische Ausbildung. Diese Ausbildung ist nicht ohne Ihre Zusammenarbeit möglich. Daher bitten wir um Verständnis, Geduld und Zustimmung, dass diese Personen Einsicht in Ihre Gesundheitsdokumentation nehmen und bei Ihrer Behandlung anwesend sein können. **Sie sind berechtigt, dieses Einverständnis abzulehnen, oder können Ihr eventuelles Einverständnis im Verlauf des stationären Aufenthalts jederzeit widerrufen.**

| | |
|---|---|
| **Ich bin einverstanden mit der Anwesenheit von** sich auf die Berufsausübung vorbereitenden **Personen**, einschließlich der **Einsichtnahme in die Gesundheitsdokumentation.** | ☐ **JA**<br>☐ **NEIN** |

Im Weiteren ist es notwendig, dass das medizinische Personal des VFN Zugriff auf Ihre Gesundheitsdokumentation hat, und zwar für Forschungs- und Lehrzwecke, und dass es die erforderlichen Auszüge und Kopien daraus anfertigen kann. Die verwendeten Daten können nur in anonymisierter Form veröffentlicht werden, d. h. aus diesen Daten ist für niemanden ersichtlich, welche Person die verwendeten Daten betreffen.
**Sie sind berechtigt, dieses Einverständnis abzulehnen, oder können Ihr eventuelles Einverständnis im Verlauf des stationären Aufenthalts jederzeit widerrufen.**

| | |
|---|---|
| **Ich bin mit der oben angeführten Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.** | ☐ **JA**<br>☐ **NEIN** |

Ich wurde über die Möglichkeit der Aufbewahrung von Wertsachen im Tresor des Krankenhauses informiert. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einrichtung nicht über entsprechende Möglichkeiten verfügt, mein nicht zur Verwahrung übergebenes **Eigentum** vor Diebstahl, Verlust oder Beschädigung zu **schützen**. Dieses Eigentum behalte ich bei mir und verpflichte mich, dafür Sorge zu tragen, dass es nicht gestohlen wird, abhandenkommt oder beschädigt wird.
Im Weiteren erkläre ich, dass sich die von mir **mitgebrachten Elektrogeräte** (Rasierapparat, Fön, Radio, Fernseher, Computer, Handy-Ladegerät u. Ä.) in einem Zustand befinden, der ihre sichere Verwendung ermöglicht, und übernehme die Haftung für eventuelle durch ihre Fehlfunktion verursachte Schäden, einschließlich Schäden an der Gesundheit.

Ich erkläre meinen Wunsch, dass die **unten angeführten Personen** berechtigt sind:

1. Informationen über meinen Gesundheitszustand zu erhalten,
2. Einsicht in meine Gesundheitsdokumentation zu nehmen und Kopien oder Auszüge daraus anzufertigen,

# EINVERSTÄNDNIS ZUM STATIONÄREN AUFENTHALT*

3. Zustimmung oder Ablehnung zur medizinischen Behandlung zu bekunden, sollte ich in Anbetracht meines Gesundheitszustandes nicht selbst dazu in der Lage sein (Ersatzeinwilligung).

| **Vorname und Name, Bezug zum Patienten, ErreichbarkeitInformationsumfang (alles / Spezifikation des Umfangs)** | Einholung von Informationen über den Gesundheits-zustand (ad 1) | Einsichtnahme in die Gesundheits-dokumentation (ad 2) | Kopien, Auszüge (ad 2) | Ersatz-einwilligung (ad 3) |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | |
|---|---|
| Wie soll die von Ihnen festgelegte Person informiert werden? | ☐ **persönlich**<br>☐ **telefonisch, per E-Mail, SMS, Fax** |
| **Kennwort für die Kommunikation** (das Sie der festgelegten Person selbst mitteilen): | |

| | |
|---|---|
| ☐ **ICH VERZICHTE**<br>☐ **ICH VERZICHTE NICHT** | auf die Möglichkeit der **Informierung** über meinen Gesundheitszustand. |

Falls ich auf die Möglichkeit der Informierung über meinen Gesundheitszustand verzichte, lege ich fest, dass die Person, der Informationen über meinen Gesundheitszustand gewährt werden, ist:

| **Vorname und Name** | **Bezug zum Patienten** |
|---|---|
| | |
| | |

Ich untersage die Gewährung von Informationen über meinen Gesundheitszustand an folgende Personen:

| **Vorname und Name** | **Bezug zum Patienten** |
|---|---|
| | |
| | |

Ich wurde vom Arzt in verständlicher Weise über die Gründe für den stationären Aufenthalt informiert und bin ausgehend von den gewährten Informationen **mit dem stationären Aufenthalt einverstanden**. Ich erkläre, dass ich mit den **Patientenrechten bekannt gemacht wurde**, die ich während des gesamten stationären Aufenthalts beim behandelnden Personal erneut anfordern kann.

☐Ich wurde belehrt über die Entsorgung medizinischer Abfälle. Ich habe den Informationsflyer *„Belehrung des Patienten über die Entsorgung medizinischer Abfälle" erhalten.*

Prag, den:

| | |
|---|---|
| ..... | ..... |
| Unterschrift des Patienten / Name und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und sein Verhältnis zum Patienten / Name und Unterschrift des Betreuers | Name und Unterschrift des medizinischen Mitarbeiters |

Falls der Patient aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, den Vermerk zu unterschreiben, Art und Weise der Willensbekundung des Patienten anführen:

| |
|---|
| |