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

СОГЛАСИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ*

Имя и отчество:		**№ страхования:**	

Уважаемая госпожа, уважаемый господин,
добро пожаловать во Всеобщую клиническую больницу в Праге (в дальнейшем – ВКБ). Мы готовы вам помочь и сделать ваше пребывание у нас и процесс лечения более приятными.

Я принимаю во внимание, что я обязан/а:

- соблюдать назначенный индивидуальный курс лечения;
- руководствоваться внутренним распорядком, с которым я был/а ознакомлен/а;
- соблюдать режим принятия лекарственных средств в отделении, т.е. без ведома и разрешения врача я не могу принимать лекарства, которые я принес/ла с собой. Внесенные лекарства в оригинальной упаковке я сдам медицинскому персоналу; эти лекарства я буду ппинимать только от медицинского персонала, и их остаток я получу обратно после выписки;
- предоставлять лечащим медицинским работникам правдивые сведения о моем предшествующем состоянии здоровья, включая информацию об инфекционных заболеваниях, о предоставляемых другими лицами медицинских услугах, об использовании лекарственных препаратов, включая прием веществ вызывающих зависимость, а также о других обстоятельствах, существенных с точки зрения предоставления медицинских услуг;
- оплатить те предоставленные больницей медицинские услуги, которые не оплачиваются или только частично оплачиваются за счет медицинского страхования; я был/а заранее информирован/а о данном обстоятельстве и соглашусь на предоставление указанной медицинской услуги.

ГКБ представляет собой учебное и научное учреждение. Под наблюдением медицинского персонала здесь проходят практику лица, готовящиеся стать медицинскими работниками (студенты, стажеры). Их обучение невозможно без вашего участия. Поэтому мы просим вашего понимания, терпения и согласия на ознакомление этих лиц с вашей медицинской документацией и их присутствие при оказании вам медицинских услуг. **Вы имеете право не предоставлять указанного согласия или можете в любой момент отменить предоставленное согласие.**

Я соглашусь на присутствие лиц, готовящихся стать медицинскими работниками, включая **знакомство с медицинской документацией.**	☐ **да** ☐ **нет**

В научных и учебных целях необходимо, чтобы медицинские работники ГКБ имели доступ к вашей медицинской документации и могли из нее делать необходимые выписки и копии. Используемые данные могут быть опубликованы только в анонимном виде, т.е. по ним никто не сможет определить вашу личность. **Вы имеете право не предоставлять указанного согласия или в ходе госпитализации в любой момент отменить предоставленное согласие.**

Я соглашусь на указанную выше обработку моих личных данных.	☐ **да** ☐ **нет**

Я был/а ознакомлен/а с возможностью хранения ценностей в сейфе больницы / отделения, в котором я нахожусь. Я принимаю во внимание, что учреждение не может защитить мое не переданное мной на хранение имущество от кражи, потери или повреждения. Если я это имущество оставлю у себя, обязуюсь заботиться о нем таким образом, чтобы избежать его кражи, потери или повреждения.
Заявляю, что мной **принесенные электроприборы** находятся в безопасном для пользования состоянии, и несу ответственность за возможный ущерб, вкл. причинение вреда здоровью, из-за их неисправности (электробритва, фен, радио, телевизор, компьютер, зарядное устройво для телефона и т.п.).

Заявляю о своем желании, чтобы **указанные ниже лица** имели право:

1. получать информацию о состоянии моего здоровья,
2. знакомиться с моей мед. документацией (МД), снимать с нее копии и делать из нее выписки,
3. выражать согласие или несогласие с предоставлением медицинских услуг, если по состоянию моего здоровья не смогу этого сделать (согласие доверенного лица).

Имя и фамилия, отношение к больному, контакт Объем информации (полный / какой именно)	Получение информации о здоровье (п. 1)	Доступ к МД (п. 2)	Копии, выписки (п. 2)	Согласие дов. лица (п. 3)

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

СОГЛАСИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ*

	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Определите, пожалуйста, каким образом передавать информацию вам или назначенному вами лицу:	☐ **лично** ☐ **по телефону, электронной почте, службе коротких сообщений (SMS), факсу**
Пароль для связи (который вы сами сообщите вашему доверенному лицу):	

☐ **Я отказываюсь** ☐ **Я не отказываюсь**	от возможности получать **информацию** о состоянии моего здоровья.

На случай, что я откажусь от возможности получать информацию о состоянии моего здоровья, я назначаю лицом, которое следует информировать о состоянии моего здоровья:

Имя и фамилия	**Отношение к больному**

Запрещаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

Имя и фамилия	**Отношение к больному**

Я вразумительно информирован/а врачом о причинах госпитализации и на основании предоставленной мне информации **соглашусь на госпитализацию**. Заявляю, что я **ознакомлен/а с правами пациента**, которых я могу опять потребовать от сестринского персонала на протяжении всей госпитализации.

☐ Я был/-а проинформирован/-а об обращении с медицинскими отходами. Я получил информационный проспект *«Памятка для пациента об обращении с медицинскими отходами»*.

г. Прага, дата:

.....	.....
подпись пациента / имя и подпись законного представителя, кем приходится пациенту / имя и подпись опекуна	подпись врача / медицинского работника

Если больной по состоянию здоровья не способен подписать протокол, укажите способ проявления им его воли:

Имя и фамилия свидетеля:

.....
подпись свидетеля

Verze číslo:		Platnost od:		Tisk:	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.