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

CONSIMȚĂMÂNT PENTRU SPITALIZARE*

Prenume și nume:		**CNP:**	

Stimată doamnă, stimate domn,
vă urăm bun venit la spitalul Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (Spitalul Universitar General din Praga) (denumit în continuare VFN). Suntem pregătiți să vă ajutăm și să vă ușurăm șederea și desfășurarea tratamentului.

Am luat la cunoștință, că sunt obligat(ă):

- să respect procedura de tratament individual propus,
- să respect regulamentul intern, cu care am fost familiarizat/ă,
- să respect regimul de administrare a medicamentelor în secție, adică nu pot lua medicamentele pe care le-am adus fără știrea și acordul medicului; medicamentele aduse în ambalajul original voi preda personalului medical, cu înțelegerea că acestea să-mi fie administrate numai prin intermediul acestora, iar restul să-mi fie returnate la externare,
- să informez în mod veridic personalul medical care mă tratează cu privire la evoluția stării mele de sănătate până în prezent, inclusiv informații despre boli infecțioase, servicii medicale prestate de alți furnizori, utilizarea de medicamente, inclusiv consumul de substanțe care creează dependență, și alte fapte relevante pentru prestarea serviciilor medicale,
- să plătesc spitalului costul serviciilor medicale prestate, care nu sunt acoperite sau sunt acoperite doar parțial de asigurarea de sănătate, și am fost informat(ă) în prealabil cu privire la acest fapt și am fost de acord cu prestarea serviciilor medicale menționate.

VFN este un loc de muncă didactic și științific. Sub supravegherea personalului medical, persoanele care se pregătesc pentru exercitarea profesiei (studenți, stagiari) își desfășoară aici practica. Educația lor nu este posibilă fără cooperarea dumneavoastră. De aceea, vă rugăm să dați dovadă de înțelegere, răbdare și acord, pentru ca aceste persoane să poată vedea documentația dumneavoastră medicală și să poată fi prezente la prestarea serviciilor medicale către dumneavoastră.
Aveți dreptul să refuzați consimțământul menționat sau să vă retrageți eventualul consimțământ în orice moment pe durata spitalizării.

Sunt de acord cu prezența persoanelor care se pregătesc pentru exercitarea profesiei, inclusiv cu **consultarea documentației medicale**.	☐ **DA** ☐ **NU**

În scopuri științifice și didactice, este necesar ca personalul medical al VFN să aibă acces la documentația dumneavoastră medicală și să poată face extrase și copii necesare din aceasta. Datele utilizate în acest caz pot fi publicate numai în formă anonimizată, din care nu se poate identifica identitatea dumneavoastră.
Aveți dreptul să refuzați consimțământul menționat sau să vă retrageți eventualul consimțământ în orice moment pe durata spitalizării.

Sunt de acord cu prelucrarea menționată mai sus a datelor mele personale.	☐ **DA** ☐ **NU**

Am fost informat(ă) cu privire la posibilitatea depozitării obiectelor de valoare în seiful spitalului/locului de muncă, unde sunt internat(ă). Am luat la cunoștință, că locul de muncă nu poate **asigura protecția** împotriva furtului, pierderii sau deteriorării **bunurilor mele,** pe care nu le-am predat în păstrare. Dacă păstrez aceste bunuri în posesia mea, mă angajez să am grijă de el astfel încât să nu fie furate, pierdute sau deteriorate.
De asemenea, declar că **aparatele electrice aduse** de mine sunt în stare să fie utilizate în condiții de siguranță și îmi asum responsabilitatea pentru eventualele daune, inclusiv vătămări corporale, cauzate de funcționarea defectuoasă a acestora (aparat de ras, uscător de păr, radio, televizor, computer, încărcător de telefon etc.).

Declar, că doresc, ca **persoanele menționate mai jos** să fie autorizate:

1. să obțină informații despre starea mea de sănătate,
2. să consulte documentația mea medicală (DM) și să facă copii sau extrase din această,
3. să își exprime acordul sau dezacordul cu privire la prestarea de servicii medicale, în cazul în care eu nu voi fi în măsură să o fac, având în vedere starea mea de sănătate (consimțământul reprezentantului).

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

CONSIMȚĂMÂNT PENTRU SPITALIZARE*

Prenume și nume, relația cu pacientul, contact Domeniul de aplicare al informațiilor (totul / specificații privind domeniul de aplicare)	Obținerea informațiilor despre starea de sănătate (ad 1)	Consulta-rea DM (ad 2)	Copii, extrase (ad 2)	Consimț-ământul reprezen-tantului (ad 3)
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Vă rugăm să specificați metoda de informare a dumneavoastră/persoanei desemnate de dumneavoastră:	☐ **personal** ☐ **telefonic, prin e-mail, SMS, fax.**
Parola pentru comunicare (pe care o veți comunica personal persoanei desemnate):	

☐ **RENUNȚ** ☐ **NU RENUNȚ**	la posibilitatea de comunicare a **informațiilor** despre starea mea de sănătate.

În cazul în care renunț la dreptul de furnizare a informațiilor despre starea mea de sănătate, desemnez, ca persoana căreia să i se furnizeze informațiile despre starea mea de sănătate, să fie:

Prenume și nume	**Relația cu pacientul**

Interzic furnizarea de informații despre starea mea de sănătate următoarelor persoane:

Prenume și nume	**Relația cu pacientul**

Am fost informat(ă) în mod clar de către medic cu privire la motivele spitalizării și, pe baza informațiilor furnizate, sunt de acord cu spitalizarea. Declar că am fost informat/ă cu privire la drepturile pacientului, pe care le pot solicita din nou personalului medical pe durata întregii spitalizări.

☐ Am fost instruit(ă) cu privire la gestionarea deșeurilor medicale. Mi s-a dat o broșură informativă „Instrucțiuni pentru pacienți privind gestionarea deșeurilor medicale".

În Praga la data de:

…… semnătura pacientului/numele și semnătura reprezentantului legal și relația acestuia cu pacientul/numele și semnătura tutorelui

…… numele și semnătura medicului/personalului medical

Dacă pacientul nu este în măsură să semneze documentul din motive de sănătate, precizați modul, în care pacientul și-a exprimat voința:

Prenumele și numele martorului:

…… semnătura martorului

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.