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

ЗГОДА НА ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ*

Ім'я та прізвище:		**Особистий номер**	

Шановний пане, шановна пані,
Ласкаво просимо до Загальної університетської лікарні в Празі (далі VFN). Ми готові Вам домогти та полегшити Ваше перебування та перебіг лікування/протягом лікування.

Беру до уваги, що я зобовязаний/а:

- дотримуватись запропонованого індивідуального плану лікування
- дотримуватись правил внутрішнього розпорядку, з якими я був/ була ознайомлений/а
- дотримуватись режиму вживання ліків у відділенні, тобто без відома та призначення лікаря я не можу вживати ліки, які я приніс/принесла із собою; принесені ліки в оригінальній упаковці я віддам медичному персоналу з умовою, що мені їх будуть надавати лише медичні працівники; решту ліків, які залишились, мені буде повернуто
- правдиво інформувати медичний персонал про стан мого здоров'я, в тому числі надавати інформацію про інфекційні хвороби, про медичні послуги, які були мені надані іншими організаціями, про вживання ліків, в тому числі препаратів, які викликають звикання, та про інші обставини, які мають значення для надання медичних послуг,
- компенсувати лікарні вартість наданих медичних послуг, які не відшкодовуються або відшкодовуються лише частково за рахунок медичного страхування; я був/була про це заздалегідь попереджений /а та надав/ла згоду на надання зазначеної медичної послуги.

VFN це навчальна та наукова платформа. Під наглядом медичних працівників тут проходять практику студенти та стажери, які готуються стати лікарями. Їх навчання та підготовка неможлива без вашої співпраці. Тому ми просимо розуміння, терпіння та вашої згоди, щоб ці особи могли ознайомлюватися з вашею медичною документацією та могли бути присутні під час надання Вам медичних послуг.
Ви маєте право відмовитись від надання згоди або попередньо надану згоду відкликати в будь-який час протягом всього часу стаціонарного лікування.

Даю згоду на присутність студентів та/або стажерів (осіб, які готуються стати лікарями) в тому числі на ознайомлення з моєю медичною документацію	☐ **ТАК** ☐ **НІ**

З науковою та освітньою метою є дуже важливим, аби медичні працівники мали доступ до Вашої медичної документації, могли робити необхідні копії та виписки. Використані в цьому випадку матеріали можуть бути опубліковані в анонімній формі, де неможливо встановити Вашу особу.
Ви маєте право відмовитись від надання згоди або попередньо надану згоду відкликати в будь-який час протягом всього часу стаціонарного лікування.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних.	☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Я був/була ознайомлена з можливістю зберігання цінних речей в сейфі лікарні/відділення, в якому я госпіталізований. Я увідомлюю, що лікарня не здатна захистити моє майно, яке пребуває на зберіганні, від крадіжки, втрати або пошкодження. У випадку якщо я залишаю своє майно у своєму розпорядженні, я повинен подбати аби майно не було втрачене, викрадене або пошкоджене.
Крім того, заявляю, що принесені мною електропристрої знахояться в стані, придатному для їх безпечного використання, та беру на себе відповідальність за можливу шкоду, в тому числі шкоду здоров'ю, спричинену несправністю цих електроприладів (електрична бритва, фен, радіо, телевізор, комп'ютер, зарядний пристрій для телефону, тощо)

Заявляю, що бажаю, щоб **нижчезазначені особи** мали право:

1. отримувати інформацію про стан мого здоров'я,
2. переглядати мою медичну документацію (ZD) та робити з неї копії або виписки
3. висловити згоду або відмову від надання медичних послуг, у випадку коли я це зробити не зможу через стан свого здоров'я (інформативна згода)

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

ЗГОДА НА ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ*

Ім'я та прізвище, відношення до пацієнта, контакт **Обсяг інформації (все/конкретний обсяг)**	Отримання інформації про стан здоров'я (ad 1)	Перегляд ZD (ad 2)	Копії, виписки (ad 2)	Згода представника (ad 3)
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Будь ласка, визначте спосіб інформування Вас або призначених Вами осіб:	☐ **особисто** ☐ **по телефону, електронною поштою, SMS, факсом**
Пароль для спілкування (який Ви сам/сама повинні сповістити призначеній особі):	

☐ **ВІДМОВЛЯЮСЬ** ☐ **НЕ ВІДМОВЛЯЮСЬ**	від можливісті отримувати іфомацію про стан мого здоров'я

У разі вімови від отримання інформації про стан мого здоров'я, призначаю наступну особу, яка буде інформацію про стан мого здоров'я отримувати:

Ім'я та прізвище	**Відношення до пацієнта**

Забороняю надавати інформацію про стан мого здоров'я наступним особам**:**

Ім'я та прізвище	**Відношення до пацієнта**

Лікар мене чітко проінформував про причини госпіталізації та, на підставі наданої мені інформації, я надаю згоду на госпіталізацію. Заявляю, що я був/була ознайомнлений/а з правами пацієнта, які я можу знову попросити у медичного персоналу протягом всієї госпіталізації.

☐ Я був поінформований/-а про поводження з медичними відходами. Я отримав інформаційну листівку *«Настанова для пацієнта щодо поводження з медичними відходами»*.

м. Прага, дата:

..... підпис пацієнта / ім'я та підпис законного представника, ким доводиться пацієнту / ім'я та підпис опікуна

..... підпис лікаря/ медичного працівника

Якщо пацієнт за станом свого здоров'я неспроможний підписати протокол, зазначте спосіб волевиявлення пацієнта:

Ім'я та прізвище свідка:

..... підпис свідка

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.