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

ĐỒNG Ý NẰM VIỆN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ*

Họ và tên:		**Số sinh:**	

Thưa quý ông/bà,
Vui mừng đó ông/bà vào Bệnh viện Đa khoa Đại học Praha (VFN). Chúng tôi sẵn sàng giúp đỡ ông/bà và tạo điều kiện dễ dàng cho ông bà trong thời gian điều trị bệnh.

Tôi ý thức được mình có trách nhiệm:

- giữ đúng quá trình chữa bệnh cá nhân đã được đề xuất,
- tuân thủ nội quy mà tôi đã được chỉ dẫn,
- bảo đảm giữ đúng chế độ uống thuốc được phát trong khoa, nếu không được sự đồng ý của bác sĩ tôi sẽ không dùng những loại thuốc do mình tự mang vào, tôi sẽ giao nộp những thuốc còn nguyên gói tự mang vào cho nhân viên y tế và chỉ sử dụng thông qua nhân viên y tế, và số thuốc còn lại sau khi xuất viện sẽ được trả lại,
- thông tin sự thật thật cho nhân viên y tế về những tiến triển tình trạng sức khỏe của bản thân trước khi nhập viện, kế cả những thông tin về bệnh lây lan, về những dịch vụ y tế do cơ sở khác cung cấp, về việc uống thuốc kể cả việc dùng chất gây nghiện và những dữ liệu cần thiết cho việc cung cấp dịch vụ y tế,
- thanh toán cho VFN chi phí dịch vụ y tế không được bảo hiểm y tế chi phí hay chỉ được chi phí một phần mà tôi đã được thông báo trước và đã đồng ý với việc được cung cấp dịch vụ y tế.

VFN là cơ quan giảng dạy và khoa học. Dưới sự giám sát của các nhân viên y tế tại đây còn có những cá nhân thực tập để chuẩn bị nghề nghiệp (sinh viên, thực tập sinh). Việc giảng dậy không thể tiến hành nếu không có sự cộng tác của ông/bà. Chúng tôi xin ông/bà thông cảm, kiên nhẫn và đồng ý để những cá nhân này có thể xem hồ sơ bệnh án cũng như có mặt khi điều trị bệnh.
Ông/bà có quyền từ chối điều này hoặc nếu như đã đồng ý thì có thể rút lại bất cứ lúc nào trong thời gian điều trị nội trú.

Tôi đồng ý với việc có mặt những cá nhân học tập chuẩn bị nghề nghiệp kể cả việc họ có thể xem hồ sơ bệnh án.	☐ **có** ☐ **không**

Để phục vụ cho việc giảng dạy và nghiên cứu khoa học thì cần thiết phải để các nhân viên y tế VFN có thể xem tài liệu y tế của ông/bà và có thể ghi chép và làm bản sao. Họ chỉ có thể công bố những dữ liệu này trong trạng thái khuyết danh, tức không ai có thể nhận ra được những dữ liệu cá nhân là của ai.
Ông/bà có quyền từ chối điều này hoặc nếu như đã đồng ý thì có thể rút lại bất cứ lúc nào trong thời gian điều trị nội trú.

Tôi đồng ý với việc sử dụng dữ liệu cá nhân	☐ **có** ☐ **không**

Tôi đã được chỉ dẫn về việc có thể để đồ đạc quý giá tại tủ sắt an toàn của bệnh viện/khoa nơi tôi nhập viện. Tôi ý thức được rằng bệnh viện không thể **bảo đảm an toàn cho tài sản** của tôi trong các trường hợp bị trôm cắp, mất mát hay hư hại nếu tôi không để những đồ vật này trong tủ an toàn. Tôi giữ những tài sản này bên mình và đồng ý bảo quản để không bị mất mát, trộm cắp hay hư hại.
Tôi cũng xác nhận rằng **những đồ điện** mang vào ở trong trạng thái có thể sử dụng an toàn và tôi xin chịu trách nhiệm trong trường hợp gây ra thiệt hại, kể cả thiệt hại về sức khỏe nếu như những đồ vật này không được sử dụng đúng quy cách (máy cạo râu, máy thổi tóc, đài, vô tuyến, máy tính, nạp điện thoại v.v.).

Tôi xác nhận rằng tôi muốn **những cá nhân sau đây** có quyền:

1. nhận thông tin về tình hình sức khỏe của tôi,
2. xem hồ sơ bệnh án (ZD) và sao chép,
3. đồng ý hay không đồng ý với những dịch vụ y tế được cung cấp trong trường hợp vì lí do tình trạng sức khỏe tôi không thể tự quyết định (đại diện đồng ý).

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

ĐỒNG Ý NẰM VIỆN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ*

Họ tên, quan hệ với bệnh nhân, liên lạc **Mức độ thông tin (tất cả/mức độ chi tiết)**	Nhận thông tin về tình trạng sức khỏe (ad 1)	Xem hồ sơ bệnh án (ad 2)	Sao chép (ad 2)	Đại diện đồng ý (ad 3)
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Chúng tôi yêu cầu ông/bà xác định hình thức thông báo cho những người có thẩm quyền nhận thông tin do ông/bà quy định:	☐ **trực tiếp** ☐ **điện thoại, e-mail, SMS, fax**
Mật mã liên lạc (ông/bà sẽ tự thông báo cho người quy định):	

☐ **Tôi từ bỏ** ☐ **Tôi không từ bỏ**	cơ hội nhận thông tin về tình trạng sức khỏe của mình.

Trong trường hợp tôi từ bỏ cơ hội nhận thông tin về tình trạng sức khỏe của mình, tôi quy định cá nhân có thể nhận thông tin về tình trạng sức khỏe của mình là:

Họ và tên	**Liên quan đến bệnh nhân**

Tôi cấm thông báo tình trạng sức khỏe của mình cho những cá nhân sau đây:

Họ và tên	**Liên quan đến bệnh nhân**

Tôi được thông báo dễ hểu về lí do nằm viện và trên cơ sở những thông tin đó **tôi đồng ý với việc điều trị nội trú.** Tôi xác nhận đã được thông báo về **quyền lợi của bệnh nhân** và trong thời gian điều trị tôi có thể yêu cầu lặp lại từ các nhân viên y tế.

☐ Tôi đã được hướng dẫn về việc quản lý chất thải y tế. Tôi đã được cung cấp thông tin bằng tờ rơi "*Hướng dẫn bệnh nhân về việc quản lý chất thải y tế*".

Tại Praha ngày:

…….
chữ ký của bệnh nhân/tên và chữ ký của người đại diện pháp lý và mối quan hệ của anh ta với bệnh nhân/tên và chữ ký của người giám hộ

…….
chữ ký của bác sĩ / nhân viên y tế

Nếu bệnh nhân không thể tự kí tên vì lí do bệnh tật, hãy nêu phương thức bệnh nhân biểu hiện ý chí của mình:

Họ và tên nhân chứng:

…….
chữ kí nhân chứng

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.