

## POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (zákonného zástupce) S HOSPITALIZACÍ

Příjmení a jméno pacienta: \_\_\_\_\_ RČ: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Příjmení a jméno zákonného zástupce: \_\_\_\_\_ RČ: \_\_\_\_\_

**Vážená paní, vážený pane,**

dovolte, abychom Vás přivítali ve Sdruženém zdravotnickém zařízení Krnov.

Na základě posouzení zdravotního stavu je Vám navržena léčba spojená s hospitalizací. Potvrzuji tímto, že jsem byl/a srozumitelně poučen/a o mém aktuálním zdravotním stavu a s navrženou hospitalizací souhlasím.

ano  ne

Obdržel/a jsem informace o léčbě, léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro můj zdravotní stav, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Byl/a jsem poučen/a/ o právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu. Měl/a/ jsem možnost klást doplňující otázky, na které jsem dostal/a/ odpověď.

ano  ne

V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších kroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s provedením veškerých dalších neodkladných výkonů, vedoucích k záchraně života nebo zdraví.

ano  ne

Souhlasím s odběrem biologického materiálu a vyšetřeními potřebnými k diagnosticko – léčebné péči.

ano  ne

Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rámci výuky a odborných stáží /žáci SZŠ, studenti VOŠ, lékařských fakult apod. a jejich odborní vyučující/, nahlíželi do mé zdravotní dokumentace v rozsahu nezbytně nutném, prováděli lékařskou a ošetrovatelskou péči v rámci výuky v souladu s vnitřními předpisy SZZ Krnov. Souhlasím s nahlížením osob hodnotících kvalitu péče v nemocnici.

ano  ne

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamíchl/a žádné mně známe skutečnosti o mém zdravotním stavu, jež by nepříznivě mohly ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

ano  ne

Souhlasím, aby lékaři, kteří mi poskytují zdravotní péči v SZZ Krnov, podávali informace o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám. Tyto uvedené osoby mají právo nahlížet do mé zdravotní dokumentace, pořizovat výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace.

ano  ne

Souhlasím s pořízením fotografií částí mého těla, na kterých probíhá léčba. Nejedná se o obličej, fotografie slouží výhradně personálu pro lepší hodnocení probíhající léčby (komplikované hojení ran, dekubitů).

ano  ne

Souhlasím s tím, aby nemocnice poskytla jméno a příjmení mého dítěte (dětí) zástupci regionálního tisku (Bruntálský a Krnovský deník).

ano  ne

Jméno a příjmení oprávněných osob, vztah k mé osobě, kontaktní adresa, telefon:

-----  
-----

**Komunikační heslo pro poskytování informací o mém zdravotním stavu:** -----

**Jméno a příjmení osoby, která stanovila komunikační heslo:** -----

**Souhlas pacienta/ky neproveden z důvodu:** -----

Detence zahájena dne: -----

Detence ukončena dne: -----

#### **Poučení**

Pacientům jsou na oddělení k dispozici informační složky SZZ Krnov, které obsahují práva pacientů (charta práv dětí), vnitřní řády oddělení, dotazníky spokojenosti pacientů a všechny další užitečné informace o chodu daného oddělení a fungování nemocnice jako celku.

Pacient bere na vědomí, že informace o zpracování osobních údajů (dle článku 13 nařízení GDPR) najde v informačních složkách SZZ Krnov a na webových stránkách nemocnice [www.szzkrnov.cz](http://www.szzkrnov.cz) v sekci GDPR.

Pacient svým podpisem stvrzuje, že na základě poučení uloží své cennosti na místo k tomu určené – do trezoru. Za cennosti, které nebudou na místo určené uloženy, nenese Sdružené zdravotnické zařízení Krnov odpovědnost. Ve vnitřních prostorách nemocnice platí zákaz kouření (sbírka zákonů č. 379/2005), v areálu nemocnice je kouření povoleno pouze na určených místech. Porušení zákazu je vnímáno jako porušení Vnitřního řádu nemocnice.

#### **Používání vlastních či přinesených přístrojů**

Připojení vlastních či přinesených spotřebičů do zásuvek 230V na chodbě či lůžkovém pokoji je možné pouze po souhlasu personálu. Spotřebič musí být II.třídy (izolovaný) dle ČSN EN 61140 ed. 2 a jeho příkon nesmí přesáhnout 100W (nabíječky pro telefony, počítače, audio technika), nesmí být poškozen a nesmí být zdrojem jakéhokoliv rušení. Pacient bere na vědomí, že jakýkoliv zdravotnický přístroj či spotřebič má přednost před ostatními zařízeními.

Pacient je odpovědný za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a seznámena se svými právy (Práva pacientů) a s informacemi o zpracování osobních údajů, a že výše uvedené informace budu po dobu hospitalizace respektovat. Tento souhlas dávám svobodně a bez nátlaku.

Datum:

-----  
Podpis a razítko lékaře

-----  
Podpis pacienta (zákonného zástupce)

-----  
Podpis a razítko sestry

-----  
Podpis pacienta (zákonného zástupce)

**Poučení pacienta neprovedeno z důvodu:**

-----  
-----