



Městská nemocnice následné péče
K Moravině 343/6, Praha 9
IČ: 45245843
Zřizovatel: Hlavní město Praha

Identifikační štítek

Souhlas pacienta/pacientky s hospitalizací

Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka**:

Zavazuji se respektovat pravidla pro pobyt ve zdravotnickém zařízení Městské nemocnici následné péče, které jsou uvedena v domácím řádu Městské nemocnice následné péče.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Dávám souhlas k tomu, aby v případě nutnosti mi byl odebrán biologický materiál (krev, moč, atd.) k provedení potřebných vyšetření. Dávám souhlas, aby mi v případě nutnosti podávání léků nebo krve do žíly, byla zavedena kanyla (hadička) do žíly.

***DÁVÁM / NEDÁVÁM** souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížely do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

***DÁVÁM / NEDÁVÁM** souhlas s přítomností, popř. poskytováním zdravotních služeb osob, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, při poskytování zdravotních služeb na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

***DÁVÁM / NEDÁVÁM** souhlas s umístěním mého jména na informační tabuli na sesterně a jmenovky na lůžku.

SOUHLASÍM s poskytováním informací o svém zdravotním stavu těmto osobám:

1) Jméno a Příjmení:.....tel:.....

Kontaktní adresa:.....

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - **ANO - NE***, právo pořizovat výpisy/kopie - **ANO - NE***
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama - **ANO - NE***
- způsob sdělování informací: osobně telefonicky po uvedení hesla:.....



Městská nemocnice následné péče
K Moravině 343/6, Praha 9
IČ: 45245843
Zřizovatel: Hlavní město Praha

2) Jméno a příjmení: tel:

Kontaktní adresa:

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - **ANO - NE***, právo pořizovat výpisy/kopie - **ANO - NE***
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama - **ANO - NE***
- způsob sdělování informací: osobně telefonicky po uvedení hesla:

3) Další osoby:

.....
.....

OMEZUJI rozsah informování o svém zdravotním stavu výše určeným osobám takto:

.....

Vyslovuji ZÁKAZ podávání informací o svém zdravotním stavu jakékoliv osobě.

Vyslovuji ZÁKAZ podávání informací o svém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:

1) Jméno a příjmení:

2) Jméno a příjmení:

Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebudu užívat žádné vlastní léky.

Beru na vědomí, že není v možnostech kliniky (oddělení) zabezpečit můj majetek, který jsem nepředal/a do úschovy, proti odcizení, ztrátě či poškození. Tento majetek si ponechávám ve své dispozici a zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě či poškození.



Městská nemocnice následné péče
K Moravině 343/6, Praha 9
IČ: 45245843
Zřizovatel: Hlavní město Praha

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem a informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mne dle aktuálních informací o mém zdravotním stavu.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.

Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření ve vnitřních prostorách zdravotnického zařízení a zavazuji se jej dodržovat.

Dále prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za event. škody, včetně újmy na zdraví způsobené jejich nesprávnou funkcí (např. holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, nabíječka na telefon, osobní počítač apod.).

Souhlasím s hospitalizací a navrhovaným postupem léčby.

V Praze dne vhod.

Podpis:

Pacient

Podpis:

Razítko a podpis lékaře

Podpis:

Zákonný zástupce/opatrovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka :

.....
Razítko a podpis lékaře

.....
Podpis svědka

* správné tvrzení zakroužkujte

**za nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce