

**SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ***

Jméno a příjmení:		r. č.:	
Vážená paní, vážený pane, vítáme Vás ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (dále jen VFN). Jsme připraveni Vám pomoci a usnadnit Vám pobyt a průběh léčení.			
Beru na vědomí, že jsem povinen/na: <ul style="list-style-type: none">• dodržovat navržený individuální léčebný postup,• řídit se vnitřním řádem, se kterým jsem byl/a seznámen/a,• dodržovat režim podávání léčivých přípravků na oddělení, tj. bez vědomí a svolení lékaře nemůžu užívat léky, které jsem si přinesl/a; přinesené léky v originálním balení odevzdám zdravotnickému personálu s tím, že mi budou podávány pouze jeho prostřednictvím a zbylé pak při propuštění vráceny,• pravdivě informovat ošetřující zdravotnické pracovníky o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách prováděných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,• uhradit nemocnici cenu poskytnutých zdravotních služeb, které jsou nehrazené nebo jen částečně hrazené ze zdravotního pojištění a byl/a jsem předem o této skutečnosti informován/a a souhlasil/a jsem s poskytnutím uvedené zdravotní služby.			
VFN je výukovým a vědeckým pracovištěm. Pod dohledem zdravotníků zde vykonávají svou praxi osoby připravující se k výkonu povolání (studenti, stážisti). Jejich výuka není možná bez Vaší spolupráce. Proto prosíme o pochopení, trpělivost a souhlas, aby tyto osoby mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a mohly být přítomné při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě. Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.			
Souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace.			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaší identitu. Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.			
Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů.			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Byl/a jsem seznámen/a s možností uložení cenností do trezoru nemocnice/pracoviště, kde jsem hospitalizován/a. Beru na vědomí, že není v možnostech pracoviště zabezpečit proti odcizení, ztrátě nebo poškození můj majetek , který jsem nepředal/a do úschovy. Pokud si tento majetek ponechávám ve své dispozici, zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě nebo poškození.			
Dále prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a přejímám odpovědnost za případné škody, včetně újmy na zdraví, způsobené jejich nesprávnou funkcí (holičí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, televize, počítač, nabíječka na telefon apod.).			

**SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ***

Prohlašuji, že si přeji, aby **níže uvedené osoby** byly oprávněny:

1. získat informace o mém zdravotním stavu,
2. nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD) a požít si z ní kopie nebo výpisy,
3. vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na můj zdravotní stav schopen/a (zástupný souhlas).

Jméno a příjmení, vztah k pacientovi, kontakt Rozsah informace (vše / specifikace rozsahu)	Získání informace o zdravotním stavu (ad 1)	Nahlížení do ZD (ad 2)	Kopie, výpisy (ad 2)	Zástupný souhlas (ad 3)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosíme Vás o určení způsobu informování Vás/Vámi určené osoby:	<input type="checkbox"/> osobně			
	<input type="checkbox"/> telefonicky, e-mailem, SMS, faxem			
Heslo pro komunikaci (které sdělíte určené osobě sám/sama):				
<input type="checkbox"/> VZDÁVÁM	se možností na podání informace o mém zdravotním stavu.			
<input type="checkbox"/> NEVZDÁVÁM				
V případě, že bych se vzdal/a možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu, určuji, aby osobou, které má být informace o mém zdravotním stavu podána, byla:				
Jméno a příjmení	Vztah k pacientovi			
Zakazuji poskytovat informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:				
Jméno a příjmení	Vztah k pacientovi			

Byl/a jsem lékařem srozumitelně informován/a o důvodech hospitalizace a na základě podaných informací souhlasím s hospitalizací. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s právy pacienta, která si mohu během celé hospitalizace znovu vyžádat u ošetřovatelského personálu.

V Praze dne:

.....
podpis pacienta/jméno a podpis
zákonného zástupce a jeho vztah k
pacientovi/jméno a podpis opatrovníka

.....
jméno a podpis
zdravotnického pracovníka

Jestliže pacient není schopen ze zdravotních důvodů záznam podepsat, uveďte způsob, jak pacient projevil svou vůli:

--

Jméno a příjmení svědka:

.....
podpis svědka

verze číslo:	platnost od:	tisk:
--------------	--------------	-------