OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606480

Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození

Oddělení: …….

Já níže podepsaný pacient /zák. zástupce/, tímto prohlašuji, že mě lékař

dne……. čas……. náležitě a srozumitelně informoval o důvodu mé hospitalizace a způsobu léčby, a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a/ jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky. Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil a **souhlasím s navrženou hospitalizací.**

Zároveň souhlasím a byl/a jsem informován/a o možnosti odmítnutí, aby v rámci výuky studenti připravující se na výkon lékařského a nelékařského zdravotnického povolání nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a byli přítomni při poskytování zdravotních služeb. Souhlasím se zpracováním osobních údajů a s označením lůžka a nástěnky svým jménem a příjmením. Souhlasím s vnitřními auditory, kteří jsou zavázáni povinnou mlčenlivostí, aby rozsahu nezbytně nutném nahlíželi do zdravotní dokumentace. Jsem srozuměn/a/ s tím, že mi bude umístěn identifikační náramek a že prakticky nelze zajistit individuální vizity.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu **neočekávaných komplikací**, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků **nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím** s tím, aby tyto byly provedeny dle uvážení lékaře. Dále souhlasím s vyšetřením na HIV, bude-li to z medicínského hlediska potřebné. Současně souhlasím, s využitím omezovacích prostředků, v případě, kdy to bude nezbytně nutné.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s navrženou hospitalizací, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta /: ……..

Datum: ……...

Podpis nezletilého pacienta, který nenabyl plné svéprávnosti (18 let): ..…….……

Datum: ……...

Prohlašuji, že jsem pacienta / zákonného zástupce osobně informoval, poučil a podal náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient/ zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře a podpis:…… Čas:……

Pro podávání informací o mém zdravotním stavu, nahlížení a pořizování výpisů nebo kopií z mé zdravotnické dokumentace určuji tyto osoby:

Kontaktní údaje:

Jméno, příjmení Bydliště Telefon

Informace podávat po telefonu:

Číslo: Heslo:

Zástupný souhlas: Jméno, příjmení Bydliště Telefon

Poučení

Domácí řád oddělení, práva pacientů /charta práv dětí / a vnitřní řád nemocnice jsou viditelně umístěny ve společných prostorách / pokoje,chodba / a jsou Vám k dispozici.

Za finanční obnos a cennosti, které neuložíte do úschovy personálu na oddělení nebo do centrálního trezoru nemocnice neodpovídá.

Používání soukromých elektrických spotřebičů je na vlastní nebezpečí, nemocnice nenese riziko za vznik úrazu při používání soukromých spotřebičů.

Povinnosti pacientů

Pacient je povinen při poskytování zdravotních služeb dodržovat navržený individuální léčebný postup, řídit se vnitřním řádem, informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu včetně informací o infekčních nemocech a nepožívat během hospitalizace alkohol, nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře vyšetření za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

V případě porušení těchto ustanovení vycházejících ze zákona o zdravotních službách číslo 372/2011 Sb. může být hospitalizace pacienta, který není v ohrožení života, ukončena.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta /: ……

Datum: ……..

Podpis nezletilého pacienta, který nenabyl plné svéprávnosti (18 let): ..…….…….

Datum: ……...

Jmenovka sestry a podpis: …….