

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s hospitalizací

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

### Důvod hospitalizace:

--

### Prohlášení:

<b>Přeji si, aby mi byla podána informace o mém zdravotním stavu pozn. Vaši odpověď zakroužkujte</b>	ANO	NE
V případě, že jsem přijal možnost být srozumitelně informován(a) o mém zdravotním stavu v souladu s § 31, odst. 1, zákona č. 372/2011 Sb., tak prohlašuji, že mně byly poskytnuty následující informace o: <ul style="list-style-type: none"> <li>- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,</li> <li>- účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,</li> <li>- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,</li> <li>- další potřebné léčbě, individuálním léčebném postupu,</li> <li>- omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav.</li> </ul>		
Prohlašuji, že jsou mi známy důvody hospitalizace, informace o hospitalizaci považuji za dostatečné, měl(a) jsem možnost se zeptat na vše, čemu jsem nerozuměl(a) nebo co považuji za důležité.		
Prohlašuji, že jsem lékařem nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.		
<b>V případě, že si nepřeji být informován o mém zdravotním stavu, určuji, aby osobou, které má být podána informace o mém zdravotním stavu byla:</b>		
Jméno a příjmení:	vztah k pacientovi:	
Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s Vnitřním řádem FNOL, právy pacientů a domácím řádem.		
Prohlašuji, že jsem byl lékařem informován o možnosti nahlížení do své zdravotnické dokumentace a pořizování si výpisů, opisů nebo kopií.*)		
<b>Přeji si, aby o mém zdravotním stavu v průběhu hospitalizace byla informována jiná osoba(y) pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:</b>		ANO
Jméno a příjmení	Adresa	Tel.
<b>Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo:</b>		
a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace*)	ANO	NE
b) vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, pokud toho nebudu s ohledem na můj zdravotní stav schopen já, nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu	ANO	NE

\*) Podle zákona č. 372/2011 Sb., § 66, odst. 3, písm. a) může zdravotnické zařízení za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s pořízením výpisu nebo náklady vynaložené na pořízení fotokopie zdravotnické dokumentace; ceník za pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace musí být umístěn na místě veřejně přístupném pacientům.

**Souhlas:**

<b>pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:</b>		
V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
Souhlasím s uchováváním a použitím biologického materiálu v rámci běžných diagnostických a léčebných postupů pro potřeby lékařské vědy a výzkumu a s event. zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích při zachování anonymity.	ANO	NE

<p>Ve Fakultní nemocnici Olomouc se připravují na výkon povolání zdravotnického pracovníka zejména lékaři v rámci dalšího vzdělávání, studenti Lékařské fakulty, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci a studenti zdravotnických škol.</p> <p>Podle § 46, odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb. je FNOL povinna zajistit, aby studenti a stážisté mohli vykonávat odbornou praxi a provádět činnosti, včetně zdravotních výkonů a záznamů do zdravotnické dokumentace. Výuka studentů a stážistů probíhá pod přímým vedením buď zdravotnického pracovníka, nebo učitele praktického vyučování.</p>		
Z toho důvodu <b>souhlasím</b> s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.	ANO	NE
A dále <b>souhlasím</b> s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb.	ANO	NE
<p>Jsem si vědom(a) a souhlasím, že v případě nutnosti mohou být použity omezovací prostředky dle zákona č. 372/2011 Sb., § 39, odst. 2 a to v těchto situacích:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob (např. stav po anestezii, operaci, výkonu, apod.) a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití.</li> </ul>		

Datum	Hodina	Podpis pacienta(ky) / nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno, příjmení lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci

<b>Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:</b>			
<b>Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:</b>			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

***Tento souhlas platí pro všechny překlady pacienta v rámci jedné hospitalizace ve FNOL.***