

Revmatologický ústav Na Slupi 4, Praha 2	Sm Z011/2013 Směrnice léčebné a ošetrovatelské péče	Příloha č. 3 ke Sm Práva a soukromí pacientů Z011- 3/ 2013	Zcela přepracovaný IS	Počet stran: 3 Počet příloh: 0 Platnost od 1. 8. 2013 Revize: 8. 2015, 8. 2016 Aktualizace: 8. 2017
			Verze 4	

Příloha č. 3

Revmatologický ústav

Na Slupi 4, 128 50 Praha 2, Tel. 234075111, IČ: 0023728

Poučení a souhlas pacienta s hospitalizací (verze 4, platné od 1. 8. 2013)

Pacient(ka) - jméno a příjmení:

číslo pojištěnce a kód pojišťovny:

rodné číslo:/..... datum narození:.....

adresa trvalého pobytu (nebo jiná kontaktní adresa):

.....

Důvod hospitalizace:

Byl(a) jsem srozumitelně poučen(a) o mém zdravotním stavu, o povaze onemocnění a o předpokládaném vývoji mého onemocnění. **ano* ne***

Byl(a) jsem srozumitelně poučen(a) o svých právech, ale i o svých povinnostech ve vztahu k mé hospitalizaci v RÚ **ano* ne***

Byl (a) jsem seznámen (a) s Vnitřním řádem Revmatologického ústavu **ano* ne***

Obdržel(a) jsem údaje o předpokládaném prospěchu léčby, jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro můj zdravotní stav a údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu. Byl jsem poučen(a) o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o provedení kontrolních léceb. nebo vyšetř. výkonů a o právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu. **ano* ne***

Lékař, který mi poskytl potřebné informace a poučení mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto poučení a souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů, nutných k záchraně života nebo zdraví. **ano* ne***

Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravot. povolání (žákyně SZŠ, VOŠ, studenti LF apod.) mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném a prováděly lékařskou a ošetrovatelskou péči v souladu s organizačními normami a

standardy RÚ. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost. **ano*** **ne***

Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (žákyně SZŠ, VOŠ, studenti LF apod.) mohly být přítomny při velké vizitě v souladu s organizačními normami a standardy RU. Všechny tyto osoby jsou povinny o skutečnostech souvisejících s mojí osobou a s mým zdravotním stavem zachovávat mlčenlivost. **ano*** **ne***

Souhlasím, že budu uveden(a) v přehledu pacientů, hospitalizovaných na příslušném pracovišti. **ano*** **ne***

Souhlasím s tím, že osoby, které mají ze zákona právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, shlédnou mé rodné číslo, uvedené na každé straně zdravotnické dokumentace. **ano*** **ne***

V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby. **ano*** **ne***

Byl/a jsem lékařem poučen/a, že mohu nahlížet do své zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní výpisy, opisy nebo kopie. **ano*** **ne***

Tento souhlas platí pro všechny překlady pacienta v rámci jedné hospitalizace v RÚ.

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byl(a) informován(a):

pan(i).....
adresa trvalého bydliště

Přeji si, aby výše uvedená osoba měla právo:

- a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace: **ano*** **ne***
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace: **ano*** **ne***

V Praze dne: hod
podpis pacienta(tky)

.....
jméno, příjmení, podpis lékaře(ky) a razítko zdravotnického pracoviště

.....
jméno, příjmení a podpis zdravot. pracovníka (pokud se pacient nemůže podepsat) a razítko pracoviště

Důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:

Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli: