

Revmatologický ústav

státní příspěvková organizace
Na Slupi 4, 128 50 Praha 2, IČ: 00023728

Souhlas pacienta s hospitalizací a jeho poučení

dle zákona č. 372/2011 Sb., v platném znění

Pacient/ka:rodné číslo (číslo pojištěnce).....
jméno a příjmení

Adresa trvalého pobytu:
.....

Zákonný zástupce/podpůrce/člen domácnosti/opatrovník/:.....

příbuzenský vztah

(jde-li o nezletilého pacienta, případně pacienta s omezenou svéprávností, či jinak neschopného právně jednat, ať již dočasně nebo trvale)

Lékař provádějící poučení:
.....

jméno, příjmení (jmenovka)

Důvod hospitalizace:.....

Informace k hospitalizaci

1. Byl/a jsem lékařem srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem a možným vývojem svého onemocnění.
2. Byl/a jsem lékařem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby i důvodech, které vedou k hospitalizaci. **S hospitalizací souhlasím.** V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (sliny, krev, moč, apod.) na nezbytně nutná vyšetření k vyloučení zejm. infekční nemoci.
3. Lékař, který mi poskytl potřebné informace, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto 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 mého života nebo zdraví, souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů, nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

.....
podpis lékaře, který pacienta poučil

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

Datum a čas podpisu:.....

V případě, že pacient nemohl v době příjmu vyjádřit písemně svůj souhlas - zdůvodnění:
.....

- Pacient projevil svou vůli takto:
- Pacient se nemohl osobně vyjádřit

Dne
podpis lékaře

.....
jméno a příjmení svědka, podpis

Revmatologický ústav

státní příspěvková organizace
Na Slupi 4, 128 50 Praha 2, IČ: 00023728

Pacient/ka:rodné číslo.....
jméno a příjmení

Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studentky a studenti zdravotnických škol všech typů a studenti lékařských fakult – medicí) mohli být přítomni zdravotním výkonům a nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném pro účel studia. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE
Prohlašuji, že jsem 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.	ANO	NE
Souhlasím s tím, že bez souhlasu ošetřujícího lékaře nebudu užívat žádné léky, proto veškeré léky, které jsem si pro sebe přinesl/a s sebou do RÚ, předám ošetřujícímu personálu a tyto mi budou vráceny při ukončení hospitalizace.	ANO	NE
Byl/a jsem poučen/a, že Vnitřní řád a práva pacientů jsou viditelně umístěny na každém pokoji a, že mohu větší finanční obnos a cennosti uložit do úschovy do trezoru.	ANO	NE
Prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za případné škody, včetně újmy na zdraví způsobené jejich nesprávnou funkcí (např. holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, nabíječka na telefon, televize, PC apod.).	ANO	NE
Souhlasím s označením mého lůžka na pokoji mým jménem a příjmením.	ANO	NE
Souhlasím, že budu uveden/a v přehledu pacientů hospitalizovaných na příslušném pracovišti v rozsahu svého jména, příjmení, RC, data narození, bydliště, e-m a telefonního kontaktu.	ANO	NE

<i>Byl/a jsem poučen/a, že mohu nahlížet do své zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní výpisy, opisy nebo kopie.</i>	ANO	NE
<i>Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba (osoby):</i>	ANO	NE
<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>kontakt</i>	<i>vztah k pacientovi:</i>
Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo:		
<i>a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace</i>	ANO	NE
<i>b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace</i>	ANO	NE

HESLO <i>pro podávání informací telefonem</i>	ANO	NE
---	-----	----

Datum a čas	Jméno, příjmení a podpis zaměstnance RÚ, který provedl poučení	Podpis pacienta