

Název pracoviště (klinika, oddělení): _____

Jméno a příjmení dítěte _____

r. č., datum narození* _____

trvale bytem _____

adresa, na které se dítě obvykle zdržuje _____

číslo pojištěnce _____ kód zdravotní pojišťovny _____

Já, níže podepsaný/á: _____

jako matka **, otec **, opatrovník **, pěstoun** dítěte (dále jen „zákonný zástupce“ nebo „doprovod“)

prohlašuji, že jsem byl/a řádně poučen/a o zdravotním stavu dítěte a o účelu a povaze potřebné zdravotní péče, a proto tímto vyslovuji souhlas s jeho hospitalizací na shora uvedeném pracovišti Fakultní nemocnice Bulovka (dále jen „FNB“). Informace o účelu hospitalizace mi byly sděleny a vysvětleny srozumitelným způsobem, měl/a jsem možnost klást otázky a bylo mi umožněno vše si řádně, v klidu a v dostatečné časové lhůtě rozvážit.

Souhlasím s prováděním zdravotních výkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby např. aplikace injekcí, infuzí, odběry biologického materiálu, kanylace periferní žíly a další potřebné a kontrolní vyšetřovací zdravotní výkony, metody.

Prohlašuji, že jsem lékařem nezamlčel/a žádné mně známé údaje o zdravotním stavu dítěte, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho léčbu či ohrozit jeho okolí.

1. Účast osob podílejících se na poskytování zdravotních služeb

Beru na vědomí, že FNB je zdravotnickým zařízením, které je mj. určeno k výuce lékařů a k výuce studentů lékařských fakult a zdravotnických škol připravujících se na výkon zdravotnického povolání, kteří se mohou podílet na zdravotních výkonech pro mé dítě a nahlížet v nezbytném rozsahu do zdravotnické dokumentace dítěte s tím, že mohu tuto jejich účast a nahlížení do zdravotnické dokumentace bez udání důvodů kdykoliv zakázat.

ANO – NE (**)

2. Souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace

Souhlasím s tím, aby osoby, které provádějí kontrolu kvality a bezpečí ve FNB a osoby, které provádějí kontrolu pro účely akreditace FNB, nahlížely v nezbytném rozsahu do zdravotnické dokumentace dítěte a souhlasím s tím, že lékaři FNB budou pro účely vědy a výzkumu nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte ke shromáždění dat a hodnocení účinnosti léčby, jejichž výsledky po anonymizaci dat bude FNB používat k rozvoji zdravotní péče. Dále souhlasím s tím, aby FNB pro účely řešení škodných událostí na zdraví poskytla kopii zdravotnické dokumentace dítěte svému pojistiteli a беру на ве́домі́, že souhlas/y uvedené v tomto bodu mohu kdykoliv bez udání důvodu odvolat.

ANO – NE (**)

3. Souhlas s označením identifikačním náramkem

Souhlasím s tím, že po celou dobu hospitalizace bude dítě označeno identifikačním náramkem, obsahujícím jméno, příjmení, datum narození, zkratku nemocnice, zkratku oddělení, kde bude dítě hospitalizováno.

Identifikační náramek může být proveden v různých barevných odstínech z důvodu zajištění větší bezpečnosti v souvislosti s možnými riziky (např. léková alergie, riziko pádu).

ANO – NE (**)

* datum narození se uvádí u cizinců, kterým nebylo přiděleno rodné číslo

** nehodící se škrtněte

4. Názor dítěte

Potvrzuji, že důvody potřebné zdravotní péče byly dítěti vysvětleny způsobem přiměřeným rozumové a volní vyspělosti jeho věku a byl zjištěn jeho názor k plánovaným výkonům zdravotní péče.

5. Pravidla provozu lůžkového oddělení

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s Vnitřním řádem, právy a povinnostmi dětského pacienta, poučením pacienta o nakládání s osobními údaji dítěte (vždy k dispozici na informačních nástěnkách jednotlivých pracovišť) a navrženým léčebným režimem. Souhlasím s tím, že k léčbě dítěte budu používat pouze léky ordinované ošetřujícím lékařem oddělení, kde bude hospitalizováno. Veškeré léky, které si případně přinesu s sebou do FNB, předám ošetřujícímu personálu a tyto mi budou vráceny při ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu, přebírám veškerou odpovědnost v případě zneužití dítětem či třetí osobou. Souhlasím s tím, že mojí povinností je dodržovat pravidla provozu lůžkového oddělení a respektovat léčebný režim.

Prohlašuji, že veškeré elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví FNB a které budu ve FNB používat, jsou bez závad a budou používány v souladu s Domácím řádem oddělení. Jsem srozuměn/a, že jsem odpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

Byl/a jsem dále poučen/a, že v zájmu dítěte je nezbytné dodržovat Vnitřní řád pracoviště. Jedná se zejména o:

- a. zákaz příjmu nápoje nebo jídla v období před a po operaci v rozporu s ordinací lékaře,
- b. zákaz ponechání jídla a pochutin u dětí bez doprovodu (možné jen po dohodě se službu mající zdravotní sestrou),
- c. zákaz ponechání dítěte bez dozoru hospitalizovaného s doprovodem bez toho, aby nepřítomnost doprovodu byla ohlášena službu mající zdravotní sestře,
- d. možnost zákazu přítomnosti doprovodu u dítěte při operaci v anestezii, nebo v ohrožení života, nebo v těžkém zdravotním stavu při pobytu na jednotce intenzivní či resuscitační péče,
- e. zákaz kouření, s výjimkou prostor pro kouření vyhrazených,
- f. zákaz používání teplé užitkové vody (TUV) k pití a přípravě instantních nápojů a pokrmů pro všechny uživatele TUV (stejně jako v jiných provozovnách, na základě §4 vyhlášky č. 137/2004 Sb.). Beru na vědomí, že odpovědnost FNB za klenoty, peníze a jiné cennosti (např. vkladní knížky, šeky atd., které neuložím do pokladny FNB, je podle občanského zákoníku omezena. Z důvodu zamezení případným škodám mi bylo doporučeno, abych tyto předměty odevzdal/a přijímací sestře nebo přímo do pokladny FNB s tím, že o převzetí věci přijímací sestra/pokladna FNB vydává písemné potvrzení.

Beru na vědomí, že šatstvo dítěte (i své v případě poskytnutí lůžka doprovodu) se odkládá na místě k tomu určenému a nenechává se volně přístupné. Bylo mi doporučeno k hospitalizaci dítěte vzít s sebou pouze součásti oděvů, prádlo a věci, které jsou nezbytné pro denní potřebu dítěte/ moji (toaletní potřeby, obuv na přezutí atd.) a že radiový/televizní přijímač lze použít jen se souhlasem lékaře dle Vnitřního řádu pracoviště).

Porušením Vnitřního řádu přebírá doprovod hospitalizovaného dítěte plně odpovědnost za komplikace při léčbě (včetně vážného poškození zdraví nebo ohrožení života dítěte), pokud vznikly na základě nedodržení tohoto řádu.

6. Zdravotní služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění

Beru na vědomí, že pokud budu požadovat zdravotní služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění v ČR, nebo spojené s hospitalizací (např. nadstandardní pokoj, lůžko pro doprovod dítěte staršího 6 let), uhradím cenu ve výši dle úhradové vyhlášky, nebo veřejně dostupného ceníku FNB (např. www.bulovka.cz), a to předem, zálohově, nejpozději však v den ukončení hospitalizace. Výslovně souhlasím s tím, že práva a závazky pacienta se řídí právním řádem ČR a že soudem příslušným pro projednání případných sporů mezi mnou/dítětem a FNB je obecný soud FNB.

* datum narození se uvádí u cizinců, kterým nebylo přiděleno rodné číslo

** nehodící se škrtněte

7. Souhlas s informováním o hospitalizaci a zdravotním stavu dítěte

☐ Dávám tímto souhlas, aby o zdravotním stavu dítěte byli informováni:

jméno, příjmení: _____ vztah: _____

telefon: _____

jméno, příjmení: _____ vztah: _____

telefon: _____

Tyto osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte a pořizovat výpisy a kopie

ANO – NE (**)

☐ Vyslovuji zákaz podávání informací o zdravotním stavu dítěte osobě:

jméno, příjmení: _____ vztah: _____

telefon: _____

Informace o zdravotním stavu dítěte mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem

☐ ústně ☐ písemně ☐ telefonicky, heslo: _____

Informace o zdravotním stavu dítěte po telefonu lze poskytovat jen v případě uvedení komunikačního hesla a pouze osobám výše uvedeným.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému plně porozuměl/a a plně souhlasím s hospitalizací dítěte, což potvrzuji svým podpisem.

V Praze dne: _____ hodina: _____

podpis zákonného zástupce pacienta/tky

jmenovka a podpis přijímajícího lékaře

* datum narození se uvádí u cizinců, kterým nebylo přiděleno rodné číslo

** nehodící se škrtněte