

Název pracoviště (klinika, oddělení):

Já, níže podepsaný/á: _____
jméno, příjmení, titul

r. č., datum narození* _____

trvale bytem _____

adresa, na které se zdržuji: _____

číslo pojištěnce _____ kód zdravotní pojišťovny _____

prohlašuji, že jsem byl/a řádně poučen/a o svém zdravotním stavu a o účelu a povaze potřebné zdravotní péče, a proto tímto vyslovuji souhlas s mou 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.

Byl/a jsem seznámen/a s právem kdykoliv hospitalizaci odmítnout či přerušit. Beru na vědomí, že toto eventuální rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na další přístup k mé osobě jako k pacientovi FNB ze strany ošetřujícího personálu. Jsem způsobilý/á k podpisu tohoto souhlasu.

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 lékař (porodní asistentce CPA) nezamlčel/a žádné mně známé údaje o svém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé 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 moji osobu a nahlížet v nezbytném rozsahu do mé zdravotnické dokumentace s tím, že mohu tuto jejich účast a nahlížení do zdravotnické dokumentace 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 mé zdravotnické dokumentace a souhlasím s tím, že lékaři FNB budou pro účely vědy a výzkumu nahlížet do mé zdravotnické dokumentace pro hodnocení účinnosti léčby, jejichž anonymizované výsledky bude FNB používat k rozvoji zdravotní péče. Dále souhlasím s tím, aby FNB pro účely řešení škodních událostí na zdraví poskytla kopii mé zdravotnické dokumentace svému pojistiteli a beru na vědomí, 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 budu označen/a identifikačním náramkem, obsahujícím mé jméno, příjmení, datum narození, zkratku nemocnice, zkratku oddělení, kde budu hospitalizován/a. Identifikační náramek může být v různých barevných odstínech z důvodu zajištění mé větší bezpečnosti v souvislosti s možnými riziky (např. léková alergie, riziko pádu).

ANO – NE (**)

4. Pravidla provozu lůžkového oddělení

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s Vnitřním řádem pracoviště, právy a povinnostmi pacienta, poučením pacienta o nakládání s osobními údaji (vždy k dispozici na informačních nástěnkách jednotlivých pracovišť) a navrženým léčebným režimem. Souhlasím s tím, že mojí povinností je dodržovat pravidla provozu lůžkového oddělení, respektovat léčebný režim, dodržovat Vnitřní řád pracoviště.

ANO – NE (**)

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

** nehodící se škrtněte

Souhlasím s tím, že k mé léčbě budu používat pouze léky ordinované ošetřujícím lékařem oddělení, kde budu hospitalizován/a. 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 třetí osobou. Prohlašuji, že veškeré elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví FNB a které budu ve FNB používat, jsou bez závad a budou používány v souladu s Vnitřním řádem pracoviště. Jsem srozuměn/a, že jsem odpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

5. Cennosti

Beru na vědomí, že odpovědnost zdravotnického zařízení za klenoty, peníze a jiné cennosti (např. vkladní knížky, šeky atd.), které neuložím do depozitní pokladny, je podle občanského zákoníku omezena. Z důvodu zamezení případným škodám tyto předměty odevzdám přijímací sestře nebo přímo pracovníkovi nemocniční pokladny. O převzetí věcí mi bude předáno písemné potvrzení.

Na lůžkové oddělení si s sebou vezmete pouze součásti oděvů, prádlo a věci, které jsou nezbytné pro Vaši denní potřebu (toaletní potřeby, obuv na přezutí atd.)

Doporučujeme:

- ponechat si u sebe jen peněžní částku nezbytnou pro pobyt ve FNB,
- odevzdat k uložení do pokladny FNB i peněžité částky přijaté dodatečně (důchod),
- o uložení předmětů požádat i před chirurgickým zákrokem.

6. Zdravotní služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění

Souhlasím s tím, že pokud budu požadovat zdravotní služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v ČR, nebo spojené s hospitalizací (např. nadstandardní pokoj), 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 jakýchkoliv případných sporů mezi mnou a FNB, je obecný soud FNB.

7. Souhlas s informováním o mé hospitalizaci a zdravotním stavu

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

jméno, příjmení: _____ vztah: _____

telefon: _____

jméno, příjmení: _____ vztah: _____

telefon: _____

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

ANO – NE (**)

Tyto osoby mají právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb v případě, že můj zdravotní stav mi nedovolí souhlas či nesouhlas vyslovit.

ANO – NE (**)

☐ Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu osobě:

jméno, příjmení: _____ vztah: _____

telefon: _____

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

☐ ústně ☐ písemně ☐ telefonicky, heslo: _____

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

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

** nehodící se škrtněte

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

V Praze dne: _____ hodina: _____

*podpis pacienta/ky nebo jméno, příjmení
a podpis opatrovníka*

*jmenovka a podpis přijímajícího
lékaře / porodní asistentky CPA*

Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uvede se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli: _____

Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta: _____

Jméno, příjmení svědka: _____

podpis svědka

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

** nehodící se škrtněte