Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Žďárská 610, 592 31, Nové Město na Moravě, IČO 00842001

PÍSEMNÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Jméno a příjmení pacienta: RČ:
Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka: RČ:
Oddělení:

Vážená paní, Vážený pane,
vítáme Vás v Nemocnici Nové Město na Moravě, příspěvková organizace. Jsme připraveni Vám pomoci a usnadnit Vám pobyt a průběh léčení.

---

1. **Já níže podepsaný(á) svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován(a) o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách:**
   - Příčině a původu nemoci (jsou-li známy), jejím stádiu a předpokládaném vývoji.
   - Účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích, rizicích a komplikacích navrhované léčby, včetně jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonů.
   - Léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu a léčbě.
   - Jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích.
   - Další potřebné léčbě.
   - Omezeních a doporučeních v obvyklém způsobu života a případné pracovní neschopnosti, pokud lze takové omezení s ohledem na zdravotní stav předpokládat.
   - Možnosti odvolat svůj souhlas s poskytováním zdravotní služby a také o tom, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu a přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.
   - Možném výskytu neočekávaných komplikací, vyžadující neodkladné provedení dalších potřebných a neodkladných výkonů, nutných k záchraně života nebo zdraví.
   - Informován(a) o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jeho úhrady pokud to můj zdravotní stav umožňuje.

2. **Podávání informací o zdravotním stavu**

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu zastupované osoby) níže uvedeným osobám. Uvedená osoba má rovněž právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a může si z ní pořizovat výpisy, opisy a kopie. Uvedená osoba má rovněž právo udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb mé osobě v případě, že tento souhlas nebudu moci s ohledem na můj zdravotní stav udělit sám.
Beru na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytnuty nebudou. Současně opravňuji zdravotnický personál odmítat případné nátlaky těchto osob.

O svém zdravotním stavu: ☐ chci být informován(a) ☐ nechci být informován(a)

Telefonické informace budou poskytnuty jen na základě hesla pro komunikaci – **HESLO: …….**

Jméno, příjmení, bydliště, vztah k pacientovi Telefon

Jméno, příjmení, bydliště, vztah k pacientovi Telefon

3. **Nesouhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu těmto osobám:**

Celé jméno, bydliště, vztah k pacientovi Telefon

Celé jméno, bydliště, vztah k pacientovi Telefon

4. Souhlasím s uvedením jména, příjmení, data narození a zkratky oddělení na identifikačním náramku, tabulce u lůžka. ☐ ANO ☐ NE

5. Souhlasím, aby v případě potřeby konzultace mého zdravotního stavu na jiném specializovaném pracovišti či v jiném zdravotnickém zařízení byly tomuto lékaři poskytnuty informace z mé zdravotnické dokumentace, včetně zaslání obrazových dat nebo nálezů z mých vyšetření. ☐ ANO ☐ NE

6. Nemocnice je výukovým pracovištěm, kde se studenti připravují na výkon zdravotnického povolání. Souhlasím, aby studenti zdravotnických škol a lékařských fakult a pedagogové zdravotních škol vykonávající dohled nad studenty nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a byli přítomni při poskytování zdravotních služeb mé osobě. ☐ ANO ☐ NE

7. Souhlasím, aby zdravotničtí pracovníci nemocnice vykonávající vědeckou, výukovou a publikační činnost mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní potřebné výpisy a kopie, a to v rozsahu nezbytně nutném. Použité údaje mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě. ☐ ANO ☐ NE

8. Byl(a) jsem seznámen(a) s Vnitřním řádem nemocnice a provozním řádem oddělení, s právy a povinnostmi pacientů, které beru na vědomí a budu respektovat. Současně beru na vědomí, že za cennosti, které neuložím na místa k tomu určená (trezor na oddělení, nemocniční pokladna) a za věci, které mám s sebou na pokoji, personál oddělení neodpovídá. ☐ ANO ☐ NE

Dále prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a přejímám odpovědnost za případné škody, včetně újmy na zdraví, způsobené jejich nesprávnou funkcí (holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, počítač, nabíječka na telefon apod.).

Za výše uvedených podmínek rozumím a souhlasím se svým přijetím (přijetím zastupované osoby) k hospitalizaci. Toto rozhodnutí jsem učinil(a) svobodně a bez nátlaku.

……. ……
podpis pacient podpis zákonný zástupce/opatrovník

……. ……
jméno, příjmení, podpis lékaře jméno, příjemní a podpis sestra

Nové Město na Moravě dne: ..... v ……..…. hod.

SOUHLAS s hospitalizací v případě, že se pacient není schopen podepsat

Z těchto důvodů:

☐ u pacienta je postižení horní končetiny (paréza, plegie, amputace, imobilizační obvaz)

☐ jiný důvod:

☐ pacient rozumí a souhlasí s obsahem Souhlasu s hospitalizací a souhlas projevuje (např. kývnutím, stiskem ruky, jednotlivými slovy,...):

Hlášení na soud:

☐ u pacienta je porucha vědomí

☐ současný psychický stav pacienta to neumožňuje (demence, amence, delirium,…)

Nové Město na Moravě dne: ..... v …….. hod.

……. ……
jméno, příjmení, podpis lékaře jméno, příjemní a podpis sestra