

# PROHLÁŠENÍ SPOJENÉ S HOSPITALIZACÍ

## 1. Podávání informací o zdravotním stavu

- A.  Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoli osobě.
- B. 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

(Poskytovatel může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením.)

C. Souhlasím s informováním mnou určených osob o mém zdravotním stavu

- v plném rozsahu
- pouze v následujícím rozsahu (prosím uveďte)

.....

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

- ústně
- písemně
- telefonicky
- PIN/heslo: .....

Informace o mém zdravotním stavu po telefonu lze poskytovat pouze osobám výše uvedeným a jen v případě uvedení komunikačního hesla/PIN. Pokud neurčím jinak, heslo tvoří první čtyři číslice rodného čísla.

E. Souhlasím se sdělováním informací týkajících se mého zdravotního stavu při vizitách před ostatními pacienty.

- ANO     NE

## 2. Jsem seznámen/a:

- s Domácím řádem oddělení, s Právy pacientů, s Chartou práv dětí v nemocnici (tyto dokumenty jsou viditelně vyvěšeny na oddělení),
- s obsluhou signalizačního zařízení, obsluhou polohovacího lůžka,
- s možnostmi uložit cennosti, finanční hotovost a další majetek do úschovny na oddělení

a v pracovní dny do trezoru nemocnice a jsem poučen/a, že v případě nevyužití této možnosti poskytovatel zdravotních služeb nezodpovídá za případné ztráty mého majetku.

3. Souhlasím s umístěním identifikačního náramku na zápěstí (kotník), který bude obsahovat mé jméno, příjmení, datum narození, kód zdravotní pojišťovny a identifikaci lůžkového oddělení.

ANO  NE

4. Na mém ošetřování se mohou účastnit studenti lékařských fakult, studenti nelékařských zdravotnických oborů, kteří zde provádějí praxi pod dohledem odborného zdravotnického personálu.

ANO  NE

5. Mé osobní údaje a údaje ze zdravotnické dokumentace týkající se mého zdravotního stavu budou poskytnuty v případě poškození mého zdraví pojišťovně, u které má poskytovatel zdravotních služeb pojištěnu odpovědnost za škodu, a pojistnému makléři spravujícímu tuto pojištění. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.

ANO  NE

6. Pokud v průběhu mé hospitalizace budou pořízeny audiovizuální záznamy mé léčby, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích zdravotnického zařízení, na kongresech, eventuálně publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jen z těch částí mého těla, které přímo souvisejí s léčbou. Nebudou u těchto prezentací zveřejňovány mé osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé osobní údaje (datum narození, rodné číslo) ani další znaky, které by vedly k identifikaci mé osoby.

ANO  NE

7. Byl/a jsem poučen/a, že se k mé léčbě budou používat pouze léky ordinované mi ošetřujícím lékařem. Bez souhlasu lékaře nebudu užívat žádné léky. Veškeré léky, které jsem pro sebe případně přinesl/a do nemocnice, odevzdám ošetřujícímu personálu a tyto mi budou vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu přebírám veškerou odpovědnost v případě zneužití třetí osobou.

8. Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření ve vnitřních prostorách nemocnice a zavazuji se jej dodržovat.

V ..... dne ..... v ..... hodin

.....  
podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....  
podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let

.....  
jmenovka a podpis sestry/NLZP

---

V případě neoznačení políček ANO – NE se předpokládá, že pacient projevuje souhlas s daným faktem.