

Souhlas pacienta/pacientky s hospitalizací a případným překladem v rámci Masarykovy nemocnice v Rakovníku společnosti PRIVAMED Healthia s.r.o.

Pacient/ka
jméno příjmení titul rodné číslo (u cizinců dat. nar.)

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem a informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mne dle aktuálních informací o mém zdravotním stavu.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik a komplikací.

V případě, že bude nutné provést další specializovaný výkon, budu znovu poučen/a a informován/a v případech, kdy tak stanoví zákon či předpis poskytovatele zdravotnických služeb.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebudu užívat žádné vlastní léky.

Dávám souhlas k tomu, aby v případě nutnosti mi byl odebrán (i opakovaně) biologický materiál (krev, moč, atd.) k provedení potřebných vyšetření s tím, že budu předem informován/a o tom, pro jaké vyšetření se materiál odebírá. Dávám souhlas k tomu, aby mi v případě nutnosti mohla být zavedena žaludeční/duodenální sonda, močová cévka a v případě nutnosti podávání léků nebo infuze/krve do žíly, byla zavedena kanyla (hadička) do žíly. Dávám souhlas s veškerými vyšetřeními RDG oddělení.

Dávám / nedávám souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížely do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

Dávám / nedávám souhlas s přítomností osob, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání při poskytování zdravotních služeb.

Souhlasím s hospitalizací v Masarykově nemocnici v Rakovníku, provozu společnosti PRIVAMED Healthia s.r.o.

provozovatel

Masarykovy nemocnice v Rakovníku, Dukelských hrdinů 200, 269 29 Rakovník

Beru na vědomí, že není v možnostech oddělení zajistit můj majetek, který jsem nepředal do úschovy, proti odcizení, ztrátě či poškození. Tento majetek si ponechávám ve své dispozici a zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě či poškození. Pokud jsem dal(a) do úschovy poskytovatele zdravotnických služeb finanční prostředky pak akceptuji, že jakékoliv případné úroky na těchto finančních prostředcích jsou příjmem poskytovatele zdravotnických služeb.

Dále prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za event. škody, včetně újmy na zdraví způsobené jeho nesprávnou funkcí (např. holící strojek, vysoušeč vlasů, rádio, nabíječka na telefon, televize, PC apod.).

Prohlašuji, že jsem byl/a poučena o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu podle § 32 zákona o zdravotnických službách

▪ **Vzdávám / ▪ nevzdávám** se možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu.

▪ V případě, že jsem se vzdal/a možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu, určuji, aby osobou, které má být podána informace o mém zdravotním stavu byl/a:.....

▪ **Přeji si, aby osoba /y uvedené v tabulce byla/y informovány o mém zdravotním stavu a dále oprávněny:**

Jméno, příjmení datum narození vztah k pacientovi tel. číslo	Nahlízet do mé zdravotnické dokumentace a jiných zápisů, vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a být informována/y o mém zdravotním stavu.	Vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, pokud toho nebudu s ohledem na můj zdravotní stav schopen já, nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu.
.....	Ano / ne	Ano / ne
.....	Ano / ne	Ano / ne

provozovatel

Masarykovy nemocnice v Rakovníku, Dukelských hrdinů 200, 269 29 Rakovník

Moje osobní věci, věci a prostředky, které jsem vnesl/a a uložil/a do úschovy v nemocnici je pro všechny případy možno předat těmto osobám, které jsou k tomuto zmocněny a kterým tak provozovatele nemocnice zmocňuji shora uvedené předat či předávat s tím, že toto zmocnění nezaniká zánikem méjí právní subjektivity:

Jméno a příjmení	datum narození a adresa	Vztah k pacientovi

Vyslovuji zákaz s poskytováním informací o mém zdravotním stavu těmto osobám (a to včetně případných osob blízkých, pro případ nepříznivé změny mého stavu):

Jméno, příjmení, vztah k pacientovi

.....
.....

V Rakovníku, dnev.....hod

Podpis pacienta/ky:

Případný podpis zákonného zástupce:

V Rakovníku, dnev.....hod.....

Jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka, pověřeného ve smyslu § 15 ObchZ

První zdravotnický pracovník:

Druhý zdravotnický pracovník: