**Karlovarská krajská nemocnice a. s., Bezručova 19, 360 66 Karlovy Vary**

**Zapsaná v OR, vedeném Krajským soudem v Plzni oddíl B, vložka 1205**

IČO: 263 65 804, IČZ 42 041 000, tel: 359 881 111, fax: 354 430 591

poštovní adresa: KKN a.s., nemocnice v Chebu, K Nemocnici 17, 350 02 Cheb

**Souhlas s hospitalizací**

**Oddělení: 03 Gynekologie**

**Pacient:**

**Vážená paní, vážený pane,**

dovolte, abychom Vás přivítali v nemocnici v Chebu. Na základě posouzení zdravotního stavu je Vám navržena léčba v rámci hospitalizace. Pokud s navrhovaným řešením souhlasíte, žádáme Vás tímto o souhlas stvrzený Vaším podpisem.

**1.**Potvrzuji tímto, že jsem byla ošetřujícím lékařem informována

- o mém aktuálním zdravotním stavu, tj. příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stádiu a předpokládaném vývoji; o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb; o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích; o omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav.

- o individuálním léčebném postupu.

**2.** Potvrzuji, že mi bylo umožněno klást doplňující otázky vztahující se k mému zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a že tyto otázky byly srozumitelně zodpovězeny a s navrženou hospitalizací souhlasím. **ð ANO ð NE**

**3.** Souhlasím s odběrem biologického materiálu a vyšetřeními potřebnými k diagnosticko - léčebné péči. .  **ð ANO ð NE**

**4.** Souhlasím s tím, aby mé jméno, příjmení, datum narození a číslo diety bylo umístěno na mém lůžku. . **ð ANO ðNE**

**5.** Souhlasím, aby v rámci výuky žáci zdravotnických škol a studenti lékařských fakult nahlíželi do mé zdravotní dokumentace a byli přítomni při vyšetření či jiných zdravotních výkonech v průběhu mé hospitalizace. **ð ANO ð NE**

**6.** Souhlasím s pořízením kopií občnského průkazu (cestovního pasu), jiného dokladu totožosti poskytovatelem zdravotních služeb. **ð ANO ð NE**

**7.** Pokud bude můj zdravotní stav vyžadovat přeložení na jiné oddělení nemocnice v Chebu či do jiného zdravotnického zařízení, souhlasím s tímto přeložením.

**ð ANO ð NE**

**8.** Potvrzuji, že jsem byl poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu, o možnosti určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu a o možnosti vyslovit zákaz podání informací o mém zdravotním stavu.

**ð ANO ð NE**

**9.** Souhlasím, aby lékaři, kteří poskytují zdravotní péči v nemocnici v Chebu, podávali informace o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:(Jméno, příjmení, bydliště, telefon).

Rozsah informace, kterou lze sdělit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_vše\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Způsob poskytnutí informací: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ústně\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10.** Výše uvedené osoby mohou nahlížet do mé zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů. **ð ANO ð NE**

**11.** Výše uvedené osoby mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu (k odvrácení ohrožení života či zdraví). **ð ANO ð NE**

**12.** Vyslovuji zákaz poskytování informací o mém zdravotním stavu této osobě (těmto osobám):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V Chebu dne:

**Podpis a razítko lékaře:** Podpis pacienta/

zákonného zástupce (popř. svědka)

MUDr.

Souhlas pacienta neproveden z důvodu:

V Chebu dne:

**Podpis a razítko zdravotnického pracovníka:** Podpis pacienta/

zákonného zástupce (popř. svědka)