

Souhlas s hospitalizací

Oddělení:

Vážená paní, vážený pane,

dovolte, abychom Vás přivítali v nemocnici v Karlových Varech. 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.

- Potvrzují tímto, že jsem byl/a lékařem informován/a
- 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.
- Potvrzují, 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.
 ANO NE
- Souhlasím s odběrem biologického materiálu a vyšetřeními potřebnými k diagnosticko – léčebné péči.
 ANO NE
- Souhlasím s tím, aby mé jméno, příjmení, datum narození a číslo diety bylo umístěno na mém lůžku.
 ANO NE
- 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.
 ANO NE
- Souhlasím s pořízením kopií občanského průkazu (cestovního pasu), jiného dokladu totožnosti poskytovatelem zdravotních služeb.
 ANO NE
- Pokud bude můj zdravotní stav vyžadovat přeložení na jiné oddělení nemocnice Karlovy Vary či do jiného zdravotnického zařízení, souhlasím s tímto přeložením.
 ANO NE
- Potvrzují, 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.
 ANO NE
- Souhlasím, aby lékaři, kteří poskytují zdravotní péči v nemocnici v Karlových Varech, podávali informace o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám: (Jméno, příjmení, bydliště, telefon).

Rozsah informace, kterou lze sdělit:.....

Způsob poskytnutí informací:.....

- 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.
 ANO NE

11. Výše uvedené osoby mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže nebudou 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).

ANO

NE

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

.....
.....
.....

Datum:

Podpis a razítko lékaře:

Podpis pacienta/zákonného zástupce

(popř. svědka)

Souhlas pacienta/tky neproveden z důvodu:

.....
.....
.....