

CONSETEMENT GÉNÉRAL À L'HOSPITALISATION

Patient :	Date de naissance :
Compagnie d'assurance (paiement) :	N° personnel d'identification :
Adresse :	Numéro de patient :
Téléphone :	

A) Renonciation à votre droit d'être informé(e) de votre état de santé

Je souhaite être informé(e) de mon état de santé :

OUI / NON*

B) Déclaration de consentement/refus de consentement à la communication des renseignements sur la santé

J'ai le droit de désigner une ou plusieurs personnes auxquelles des informations sur ma santé pourront être communiquées, et de définir l'étendue de ces informations ; de désigner une ou plusieurs personnes auxquelles ces informations ne doivent pas être communiquées. J'ai le droit de désigner des personnes autorisées à consulter mon dossier médical (ci-après : le « DM »), et d'en obtenir des extraits ou copies. Je prends note du fait que les personnes ainsi désignées seront informées en cas d'une aggravation de mon état, et j'ai été informé(e) de mon droit de nommer un mandataire habilité à prendre toutes décisions pour moi si mon état de santé ne me permet pas d'exprimer mon consentement aux soins.

J'INTERDIS à l'établissement de fournir quelque renseignement que ce soit sur ma santé à **tout tiers/aux personnes*** suivantes :

--	--

J'AUTORISE l'établissement à fournir des renseignements sur ma santé **exclusivement aux personnes ci-après**, qui peuvent les retirer en personne ou les obtenir par téléphone moyennant le mot de passe suivant :

Nom/relation Adresse/Téléphone	Informations fournies par téléphone	Consultation du DM	Extraits/copies du DM	Déclaration de consentement aux soins
	OUI/NON*	OUI/NON*	OUI/NON*	OUI/NON*
	OUI/NON*	OUI/NON*	OUI/NON*	OUI/NON*
	OUI/NON*	OUI/NON*	OUI/NON*	OUI/NON*
	OUI/NON*	OUI/NON*	OUI/NON*	OUI/NON*

Pendant votre séjour à l'hôpital Na Homolce, seuls les médicaments prescrits par votre médecin traitant de l'hôpital vous seront administrés. **Aucun médicament ne doit être pris sans le consentement de votre médecin traitant.** En conséquence, veuillez remettre au personnel soignant tous les médicaments que vous avez apportés à l'hôpital. Vos médicaments vous seront restitués à votre sortie de l'hôpital.

C) Prise de médicaments apportés

J'ACCEPTÉ les règles ci-dessus concernant la prise de médicaments :

OUI / NON*

OUI / NON*

J'ai apporté des médicaments :

Des actes médicaux simples (renouvellement de pansements, injections...) seront pratiqués sur votre lit, dans la chambre que vous partagerez avec d'autres patients.

D) Consentement aux actes médicaux simples

J'**ACCEPTÉ** la pratique des actes médicaux simples comme il est indiqué ci-dessus :

OUI / NON*

Des étudiants de professions médicales et leurs professeurs peuvent assister aux actes thérapeutiques et/ou diagnostiques pratiqués sur vous, et peuvent consulter votre dossier médical. Votre dossier médical peut également être consulté par les membres des comités d'accréditation et par les personnes chargées d'évaluer la qualité des soins. **Votre éventuel refus de consentement n'a pas d'impact sur la qualité des soins qui vous seront administrés.**

E) Vie privée du patient et données à caractère personnel

J'**ACCEPTÉ** la présence des personnes précitées et les autorise à consulter mon dossier médical :

OUI / NON*

JE DONNE MON CONSENTEMENT à la divulgation des informations sur ma présence à l'hôpital :

OUI / NON*

F) Consentement du patient à l'utilisation d'un transporteur choisi par l'hôpital Na Homolce

J'**ACCEPTÉ** que l'hôpital Na Homolce fasse appel au transporteur de son choix, au cas où le médecin recommanderait un transport par ambulance :

OUI / NON*

G) Interdiction d'enregistrement

Je prends note du fait que toute prise de photos, réalisation d'enregistrements audio ou audiovisuels est interdite à l'hôpital Na Homolce, à l'exception des enregistrements réalisés pour des raisons médicales. Au cas où la violation de cette interdiction causerait un dommage à l'hôpital Na Homolce ou à un tiers, je m'engage à dédommager entièrement l'hôpital ou le tiers, selon les cas.

H) Utilisation d'appareils électriques apportés

Je déclare que mes appareils électriques sont en bon état de fonctionnement permettant leur utilisation en toute sécurité, et j'accepte la responsabilité de tout dommage (y compris dommage corporel) qui pourrait être occasionné du fait de leur dysfonctionnement.

I) Interdiction de fumer

Je prends note du fait qu'il est interdit de fumer sur le site de l'hôpital Na Homolce. L'espace fumeur est situé au 2^e étage, près de l'ascenseur blanc, dans la partie ouverte du vestibule.

J) Consentement du patient à l'hospitalisation

Je prends note du fait que mes données à caractère personnel seront utilisées pour m'identifier, ainsi qu'aux fins de services de soins de santé, de tenue de dossiers médicaux, et de protection de biens. J'ai été informé(e) du Règlement intérieur de l'hôpital Na Homolce et je m'engage à le respecter. Je certifie avoir été informé(e) de mes droits conformément à la loi [tchèque] n° 372/2011 relative aux services de soins de santé et aux modalités de leur application, au Règlement général sur la protection des données n° 2016/679/UE, et à la loi [tchèque] n° 101/2000 relative à la protection des données à caractère personnel. Ces informations constituent des annexes au présent document. Je déclare n'avoir caché aux médecins aucune information sur mon état de santé qui me soit connue et qui pourrait influencer négativement mon traitement ou représenter un risque pour autrui, notamment par propagation d'une maladie transmissible.

Je comprends mon droit de retirer ou de modifier mes consentements ci-dessus par écrit, à tout moment.

Sur la base des informations qui m'ont été fournies, et après réflexion indépendante, je donne mon consentement à mon hospitalisation à l'hôpital Na Homolce :

OUI / NON*

Prague, le _____

Signature du patient



Si le patient est incapable de signer, la déclaration sera signée par le témoin présent à la manifestation du

Prénom et nom du témoin :

Manière dont le patient a manifesté sa volonté : Motifs de non-signature du consentement :

consentement :

Signature du témoin

Je certifie avoir informé le patient comme il est indiqué ci-dessus

Prague, le _____

Signature de l'employé d'accueil

INFORMATIONS POUR LE PATIENT

Nous prenons la liberté de vous informer que le traitement de vos données à caractère personnel au sein de l'hôpital Na Homolka (ci-après : le « NNH ») est protégé par la loi. Chez NNH, nous traitons vos données à caractère personnel afin de pouvoir vous fournir des soins optimisés, et pour nous acquitter de nos obligations légales. Pour en apprendre plus sur les modalités de traitement de vos données à caractère personnel, veuillez vous référer au document intitulé **Informations sur le traitement des données à caractère personnel des patients chez NNH** disponible sur notre site www.homolka.cz. Ce document est susceptible d'être mis à jour de temps à autre. Si vous considérez que nous n'utilisons pas vos données à caractère personnel dans les règles, n'hésitez pas à contacter notre délégué à la protection des données : dpo@homolka.cz. Par ailleurs, conformément à la loi n° 372/2011 relative aux services de soins de santé et aux modalités de leur application, au Règlement général sur la protection des données n° 2016/679, et à la loi n° 101/2000 relative à la protection des données à caractère personnel, aux termes de leurs dernières modifications le cas échéant, nous vous informons des faits suivants :

- a) Le Responsable du traitement de vos données à caractère personnel est la société NNH, SIRET : 00023884, sise à Prague 5^e – Motol, Roentgenova 37/2, code postal 150 30. Le lieu de traitement de vos données à caractère personnel est le siège de NNH.
- b) La finalité du traitement de vos données à caractère personnel est d'obtenir des informations relatives à votre identité et à votre état de santé, de vous fournir des services de soins de santé, et de tenir votre dossier médical. Les données d'identification et vos coordonnées sont traitées afin de pouvoir vous contacter, et aux fins de la protection des biens ;
- c) Vous êtes tenu(e) de fournir vos données à caractère personnel aux fins de votre identification précise, de la prestation des services de soins de santé et de la tenue de votre dossier médical, car la société NNH a l'obligation, en vertu de la loi n° 372/2011, de tenir un dossier médical comportant les données à caractère personnel nécessaires pour identifier le patient et pour établir ses antécédents médicaux, ainsi que les informations relatives à sa maladie actuelle, au déroulement et résultats des examens et traitements, et autres faits significatifs liés à la santé du patient et à la procédure adoptée pour les soins.
- d) Pendant votre séjour au NNH, vous êtes tenu(e) de fournir vos données à caractère personnel aux fins de la protection des biens ;
- e) Il vous appartient de décider si vous souhaitez ou non fournir vos données à caractère personnel aux fins du port d'un bracelet d'identification. Le bracelet d'identification portera vos données à caractère personnel suivantes : prénom, nom, date de naissance, et un code à barres correspondant à votre numéro de patient dans le registre de NNH ;
- f) NNH traite vos données à caractère personnel suivantes : prénom, nom, numéro personnel d'identification, date de naissance, sexe, adresse de résidence ou autre adresse de contact si différente, numéro de votre police d'assurance ; pour les étrangers, l'adresse de leur lieu de séjour en République tchèque (si disponible) ainsi que celle dans leur pays d'origine, les informations sur l'assurance santé, y compris leur numéro de sécurité sociale ou équivalent, informations sur la maladie, le déroulement et les résultats des examens et traitements, et autres faits significatifs liés à votre santé et à la procédure adoptée pour les soins. S'il s'avère nécessaire de traiter des données supplémentaires afin de pouvoir administrer les soins correctement, vous en serez informé(e) conformément à la législation en vigueur. En fonction de sa finalité spécifique, le dossier médical peut contenir, par ailleurs, des informations relatives aux antécédents familiaux, personnels et professionnels, ainsi que d'autres informations prévues par la loi sur les services de soins de santé ou par d'autres lois et réglementations applicables aux soins ;
- g) Vos données à caractère personnel seront traitées sous la forme d'un dossier médical, tenu sous forme physique ainsi qu'électronique ; certaines données à caractère personnel seront portées sur votre bracelet d'identification en vue d'une identification précise, afin d'empêcher toute confusion avec un autre patient ;
- h) Les données à caractère personnel sont traitées par des employés de NNH. Afin de permettre la prestation de services de soins de santé par un autre établissement /médecin, vos données à caractère personnel peuvent être communiquées à ces personnes ;

- i) L'accès aux données à caractère personnel contenues dans les dossiers médicaux peut être donné aux personnes prévues à l'art. 65 de la loi n° 372/2011 ;
- j) Vos données à caractère personnel seront traitées pendant la durée des soins ; celles contenues dans votre dossier médical seront traitées conformément à la législation en vigueur ; les données à caractère personnel portées sur votre bracelet d'identification seront traitées le temps de votre hospitalisation à l'hôpital Na Homolce.

DROITS DU PATIENT

- a) aux renseignements relatifs à sa santé, au traitement proposé et à toutes ses modifications, y compris son droit de poser des questions complémentaires concernant sa santé et les soins proposés,
- b) droit d'accès à l'ensemble des informations collectées dans le dossier médical le concernant ou tout autre document relatif à son état de santé ; pour les enregistrements provenant des méthodes psychologiques agréées et le descriptif de traitements de psychothérapie, il a droit aux informations portant sur le descriptif des symptômes de la maladie, le diagnostic, le descriptif de l'approche thérapeutique, et l'interprétation des résultats des tests,
- c) droit de consulter, en présence d'un employé de l'hôpital Na Homolce, les documents répertoriés au point b) ci-dessus ; en ce qui concerne les enregistrements provenant des méthodes psychologiques agréées et le descriptif de traitements de psychothérapie, il a le droit de consulter ceux portant sur le descriptif des symptômes de la maladie, le diagnostic, le descriptif de l'approche thérapeutique, et l'interprétation des résultats des tests,
- d) droit d'obtenir des extraits ou copies des documents cités au point b) ci-dessus ; en ce qui concerne les enregistrements provenant des méthodes psychologiques agréées et le descriptif de traitements de psychothérapie, il a droit d'obtenir des extraits ou copies des parties portant sur le descriptif des symptômes de la maladie, le diagnostic, le descriptif de l'approche thérapeutique, et l'interprétation des résultats des tests,
- e) droit de désigner, au moment de l'hospitalisation, des personnes qui pourront être informées de son état de santé ; en même temps, il peut décider si ces mêmes personnes sont ou non autorisées à consulter son dossier médical ou d'autres enregistrements relatifs à sa santé, à obtenir des extraits de ces documents, et, dans les cas prévus à l'art. 34, al. 8 de la loi relative aux services de soins de santé, si elles sont ou non mandatées à donner ou à refuser le consentement aux soins en son nom. Si son état de santé empêche le patient de désigner des personnes selon la phrase précédente de ce point e), le droit aux informations sur sa santé, aux extraits et copies du dossier médical appartiendra aux proches du patient. Si le patient a antérieurement interdit la communication à certains proches de renseignements sur sa santé, ces informations ne pourront être communiquées à ces personnes que dans la mesure nécessaire pour protéger leur santé ou la santé d'un tiers,
- f) droit de désigner des personnes autorisées à communiquer des renseignements sur sa santé à toute personne à tout moment après son hospitalisation, ou d'interdire toute communication ; il peut également annuler cette désignation ou interdiction à tout moment ; toutefois, l'interdiction du patient de communiquer tout renseignement sur sa santé ne s'applique pas à la communication des informations et données dont la divulgation sans le consentement du patient est autorisée par la loi relative aux services de soins de santé ou par d'autres lois et réglementation (par exemple, art. 65, al. 2 de la loi relative aux services de soins de santé),
- g) droit d'interdire la consultation, dans la mesure nécessaire aux fins d'enseignement, du dossier médical le concernant par des personnes se préparant pour une profession médicale ou autre profession spécialisée, et par les professionnels de la santé spécifiés à l'art. 46, al. 2 de la loi relative aux services de soins de santé,

- h) droit d'obtenir de l'hôpital Na Homolce la confirmation que des données à caractère personnel le concernant sont ou ne sont pas traitées, étant précisé que l'hôpital a le droit d'exiger le paiement de frais raisonnables, dans la limite des coûts nécessaires pour fournir l'information,
- i) droit de rectification de ses données à caractère personnel,
- j) s'il constate ou pense que l'hôpital Na Homolce traite ses données à caractère personnel d'une manière incompatible avec la protection de sa vie privée ou illégale, notamment si ses données à caractère personnel sont inexactes compte tenu de la finalité du traitement, le droit de demander des explications à l'hôpital Na Homolce, et d'obtenir que ce dernier remédie à cette situation, notamment en bloquant l'accès aux données, en les rectifiant, en les complétant, ou en effaçant les données à caractère personnel,
- k) s'il constate une violation par l'hôpital Na Homolce des obligations dont ce dernier est redevable, le droit d'introduire une réclamation auprès de l'Office pour la protection des données à caractère personnel, en lui demandant d'imposer des mesures correctives,
- l) droit de saisir la justice conformément à l'art. 13 du Code civil [tchèque] si le patient a subi un préjudice moral du fait du traitement de ses données à caractère personnel.