

OGÓLNA ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ

Pacjent:	Data urodzenia:
Ubezpieczalnia (opłata):	Rodné číslo [nr ewidencyjny]:
Adres:	Numer pacjenta:
Telefon:	

A) Rezygnacja z prawa do udzielenia informacji o stanie zdrowia

Chcę być informowany/-a o swoim stanie zdrowia:

TAK / NIE*

B) Zapis dotyczący wyrażenia przez pacjenta zgody/braku wyrażenia zgody na udzielanie informacji o jego stanie zdrowia

Mam prawo określić osoby, którym mogą być przekazywane informacje o moim stanie zdrowia, łącznie z zakresem tych informacji, oraz osoby, którym informacji przekazywać nie wolno. Mam prawo określić osoby, które mają prawo wglądu do mojej dokumentacji medycznej (zwanej dalej „DM”) oraz dokonywania wyciągów z niej lub kopii. Mam świadomość tego, że w przypadku pogorszenia mojego stanu zdrowia zostaną o tym poinformowane określone przeze mnie osoby oraz zostałem/-am pouczona o tym, że mogę określić osobę, która będzie podejmować w moim imieniu decyzje, jeśli ze względu na mój stan zdrowia nie będę mógł/mogła wyrazić zgody na świadczenie mi usług medycznych.

ZAKAZUJĘ udzielania informacji o moim stanie zdrowia **jakiegokolwiek/nieżej*** wymienionej osobie:

WYRAŻAM ZGODĘ na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia **wyłącznie niżej wymienionym osobom** podczas kontaktu osobistego lub telefonicznego po podaniu hasła:

Imię i nazwisko/Relacja Adres/Telefon	Informacje przez telefon	Wgląd do DM	Sporządzanie wyciągów/kopii DM	Wyrażenie zgody na świadczenie usług medycznych
	TAK/NIE*	TAK/NIE*	TAK/NIE*	TAK/NIE*
	TAK/NIE*	TAK/NIE*	TAK/NIE*	TAK/NIE*
	TAK/NIE*	TAK/NIE*	TAK/NIE*	TAK/NIE*
	TAK/NIE*	TAK/NIE*	TAK/NIE*	TAK/NIE*

C) Zażywanie własnych leków

W szpitalu Nemocnice Na Homolce będzie Pan leczony/Pani leczona wyłącznie lekami zapisanymi przez lekarza prowadzącego szpitala Nemocnice Na Homolce. **Bez zgody lekarza prowadzącego nie można zażywać żadnych leków.** Z tego względu wszelkie leki przyniesione przez Pana/Panią do szpitala należy przekazać personelowi medycznemu. Po zakończeniu hospitalizacji leki zostaną Panu/Pani zwrócone.

WYRAŻAM ZGODĘ na powyższe zasady zażywania leków:

TAK / NIE*

Mam przy sobie leki:

TAK / NIE*

D) Zgoda na wykonywanie prostych zabiegów medycznych

Proste zabiegi medyczne (zmiana opatrunków, zastrzyki i in.) będą wykonywane na łóżku w pokoju, w którym będzie Pan/Pani przebywać z innymi pacjentami.

WYRAŻAM ZGODĘ na wykonywanie prostych zabiegów medycznych zgodnie z ww. zasadami:

TAK / NIE*

E) Prywatność i dane osobowe pacjenta

Studenci przygotowujący się do wykonywania zawodu medycznego oraz ich wykładowcy mogą być obecni podczas Pańskich/Pani zabiegów medycznych i diagnostycznych oraz mają prawo wglądu do Pańskiej/Pani dokumentacji medycznej. Do Pańskiej/Pani dokumentacji medycznej mają ponadto prawo wglądu członkowie komisji akredytacyjnych oraz osoby monitorujące i oceniające jakość świadczonych usług. **Niewyrażenie przez Pana/Panią zgody nie ma wpływu na jakość świadczonych usług medycznych.**

WYRAŻAM ZGODĘ na obecność ww. osób oraz na wgląd przez nie do mojej dokumentacji medycznej:

TAK / NIE*

WYRAŻAM ZGODĘ na udzielanie informacji o mojej obecności w placówce medycznej:

TAK / NIE*

F) Zgoda pacjenta na przydzielenie przewoźnika szpitala Nemocnice Na Homolce

WYRAŻAM ZGODĘ na przydzielenie przewoźnika szpitala Nemocnice Na Homolce, o ile lekarz zaleci mi skorzystanie z usług transportu medycznego (karetki):

TAK / NIE*

G) Zakaz nagrywania

Zostałem/-am pouczony/-a, że w szpitalu Nemocnice Na Homolce obowiązuje zakaz sporządzania nagrań wizualnych, dźwiękowych czy audiowizualnych, z wyjątkiem przypadków uzasadnionych przyczynami medycznymi. W razie naruszenia przeze mnie tego zakazu oraz jeśli na skutek wykorzystania przeze mnie nagrania szpital Nemocnice Na Homolce lub osoba trzecia poniosą szkody, zobowiązuję się do pokrycia szkody na rzecz szpitala Nemocnice Na Homolce (lub osoby trzeciej) w pełnej wysokości.

H) Korzystanie z własnych urządzeń elektrycznych

Oświadczam, że moje urządzenia elektryczne są w stanie umożliwiającym ich bezpieczne użytkowanie i przyjmuję odpowiedzialność za powstałe szkody (łącznie z uszczerbkiem na zdrowiu) wyrządzone na skutek ich nieprawidłowego funkcjonowania.

I) Zakaz palenia tytoniu

Zostałem/-am pouczony/-a o zakazie palenia tytoniu w kompleksie szpitala Nemocnice Na Homolce. Miejsce przeznaczone dla palaczy znajduje się na 2. piętrze przy białej windzie w otwartej części korytarza.

J) Zgoda pacjenta na hospitalizację

Jestem świadomy/-a tego, że moje dane osobowe będą wykorzystywane do identyfikacji mojej osoby oraz w celu świadczenia usług medycznych, prowadzenia dokumentacji medycznej i ochrony mienia. Zostałem/-am zapoznany/-a z wewnętrznym regulaminem szpitala Nemocnice Na Homolce oraz wyrażam zgodę na jego przestrzeganie. Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o swoich prawach wynikających z ustawy nr 372/2011 Sb., o usługach medycznych oraz warunkach ich świadczenia, z Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 oraz z ustawy nr 101/2000 Sb., o ochronie danych osobowych. Pouczenia stanowią załącznik do niniejszego dokumentu. Oświadczam, że nie zataiłem/-am przed lekarzami żadnych znanych mi informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, które mogłyby mieć negatywny wpływ na moje leczenie lub zagrażać mojemu otoczeniu, w szczególności informacji o chorobach zakaźnych.

Zdaję sobie sprawę z tego, że swoją zgodę mogę w dowolnym momencie pisemnie odwołać lub zmienić.

Na podstawie udzielonych powyżej informacji oraz po ich rozważeniu wyrażam zgodę na hospitalizację w szpitalu Nemocnice Na Homolce:

TAK / NIE*

Praga, dnia _____

Podpis pacjenta

Jeśli pacjent nie może złożyć podpisu, dokona tego świadek obecny podczas wyrażania przez pacjenta zgody:

Imię i nazwisko świadka:

Sposób wyrażenia woli przez pacjenta:

przyczyna niepodpisania zgody:

Podpis świadka

Oświadczam, że pacjent został przeze mnie pouczony w ww. sposób.

Praga, dnia _____

Podpis pracownika izby przyjęć

POUCZENIE PACJENTA

Informujemy Pana/Panią, że przetwarzanie Pańskich/Pani danych osobowych przez szpital Nemocnice Na Homolce (zwany dalej „NNH”) podlega ochronie prawnej. W szpitalu NNH przetwarzamy Pańskie/Pani dane osobowe po to, aby móc świadczyć należyłą opiekę medyczną oraz realizować obowiązki ustawowe. Szczegóły dotyczące sposobu przetwarzania Pańskich/Pani danych osobowych znajdują się w dokumencie **Informacje o przetwarzaniu danych osobowych pacjentów szpitala NNH**, dostępnym na naszych stronach www.homolka.cz. Dokument ten może podlegać okresowej aktualizacji. W przypadku podejrzenia, że Pańskie/Pani dane osobowe nie są przetwarzane prawidłowo, prosimy o skontaktowanie się z osobą odpowiedzialną za ochronę danych osobowych: dpo@homolka.cz. Ponadto zgodnie z ustawą nr 372/2011 Sb., o usługach medycznych i warunkach ich świadczenia, zgodnie z Ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych nr 2016/679 oraz zgodnie z ustawą nr 101/2000 Sb., o ochronie danych osobowych, wraz z aktualnymi zmianami, pouczamy Pana/Panią, że:

- a) administratorem Pańskich/Pani danych osobowych jest NNH, IČO [REGON]: 00023884, z siedzibą w: Praha 5 - Motol, Roentgenova 37/2, kod pocztowy 150 30. Miejscem przetwarzania Pańskich/Pani danych osobowych jest siedziba NNH.
- b) Pańskie/Pani dane osobowe są przetwarzane w celu pozyskania informacji bezpośrednio związanych z identyfikacją Pańskiej/Pani osoby, z Pańskim/Pani stanem zdrowia oraz w celu świadczenia usług medycznych i prowadzenia dokumentacji medycznej. Identyfikacyjne i adresowe dane osobowe są przez nas przetwarzane do celów kontaktowych oraz ochrony mienia;
- c) przekazanie danych osobowych w celu należytej identyfikacji Pańskiej/Pani osoby, świadczenia usług medycznych i prowadzenia dokumentacji medycznej jest obowiązkowe, ponieważ szpital NNH jest na podstawie ustawy nr 372/2011 Sb. zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zawierającej dane osobowe w zakresie niezbędnym do identyfikacji i sporządzenia wywiadu chorobowego pacjenta, a także informacje o chorobie pacjenta, przebiegu i wynikach badań, o leczeniu i innych znaczących okolicznościach związanych ze stanem zdrowia pacjenta oraz z postępowaniem podczas świadczenia usług medycznych;
- d) przekazanie danych osobowych w celu ochrony mienia jest w trakcie pobytu w szpitalu NNH obowiązkowe;
- e) przekazanie danych osobowych w celu założenia opaski identyfikacyjnej jest dobrowolne. Na opasce identyfikacyjnej zostaną podane następujące dane osobowe: imię, nazwisko, data urodzenia i kod kreskowy zawierający numer pacjenta z rejestru pacjentów szpitala NNH;
- f) NNH przetwarza Pańskie/Pani dane osobowe w następującym zakresie: imię, nazwisko, numer ewidencyjny, data urodzenia, płeć, adres stałego pobytu lub inny adres kontaktowy, o ile jest inny niż adres stałego pobytu, numer polisy ubezpieczeniowej, w przypadku cudzoziemców adres pobytu w Republice Czeskiej (o ile cudzoziemiec nim dysponuje) oraz adres w kraju pochodzenia cudzoziemca, dane dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego łącznie z numerem ubezpieczonego, informacje o chorobie, przebiegu i wynikach badań, o leczeniu i innych znaczących okolicznościach związanych z Pańskim/Pani stanem zdrowia oraz z postępowaniem podczas świadczenia usług medycznych. O ile będzie konieczne przetwarzanie innych danych w celu należytego świadczenia usług medycznych, zostanie Pan/Pani o tym poinformowany/-a w sposób zgodny z odpowiednimi przepisami prawa. W zależności od profilu dokumentacji medycznej może ona zawierać ponadto dane wynikające z wywiadu dotyczącego sytuacji rodzinnej, osobistej i zawodowej, a w uzasadnionych przypadkach również z wywiadu środowiskowego, jak również inne dane zgodne z ustawą o usługach medycznych lub z innymi przepisami prawa dotyczącymi usług medycznych;
- g) dane osobowe będą przetwarzane w formie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci pisemnej i elektronicznej, niektóre dane osobowe zostaną podane na opasce identyfikacyjnej pacjenta w celu jego należytej identyfikacji i wykluczenia ryzyka jego zamiany z innym pacjentem;
- h) dane osobowe są przetwarzane przez pracowników szpitala NNH. W celu możliwości świadczenia usług medycznych przez inną placówkę medyczną/lekarza, Pańskie/Pani dane osobowe mogą zostać przekazane również tym podmiotom;
- i) dane osobowe z dokumentacji medycznej mogą zostać udostępnione osobom zgodnie z § 65 ustawy nr 372/2011 Sb.;

- j) dane osobowe będą przetwarzane w okresie świadczenia usług medycznych, dane osobowe w dokumentacji medycznej będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, dane osobowe na opasce identyfikacyjnej będą przetwarzane w okresie Pańskiej/Pani hospitalizacji w szpitalu Nemocnice Na Homolce.

PRAWA PACJENTA

- a) Prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz o proponowanym indywidualnym planie leczenia, jak również o wszelkich jego zmianach, łącznie z możliwością zadawania dodatkowych pytań, dotyczących stanu zdrowia pacjenta i proponowanych usług medycznych,
- b) prawo do udzielenia wszelkich informacji zgromadzonych w dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta lub w innych dokumentach dotyczących jego stanu zdrowia; w przypadku dokumentacji dotyczącej autoryzowanych metod psychologicznych oraz opisu leczenia psychoterapeutycznego pacjent ma prawo do informacji, będących opisem symptomów choroby, zawierających diagnozę, opis podejścia terapeutycznego oraz interpretację testów,
- c) w obecności pracownika szpitala Nemocnice Na Homolce prawo wglądu do dokumentów wymienionych w punkcie b); w przypadku dokumentacji dotyczącej autoryzowanych metod psychologicznych oraz opisu leczenia psychoterapeutycznego pacjent ma prawo wglądu do dokumentacji zawierającej opis symptomów choroby, diagnozę, opis podejścia terapeutycznego oraz interpretację wyników testów,
- d) prawo do sporządzenia wyciągów, odpisów lub kopii dokumentów wymienionych w punkcie b); w przypadku dokumentacji dotyczącej autoryzowanych metod psychologicznych oraz opisu leczenia psychoterapeutycznego pacjent ma prawo do sporządzenia wyciągów, odpisów lub kopii tych części dokumentów, które dotyczą opisu symptomów, diagnozy, opisu podejścia terapeutycznego i interpretacji wyników testów,
- e) po przyjęciu do szpitala pacjent ma prawo do określenia osób, które mogą być informowane o jego stanie zdrowia i jednocześnie do określenia, czy osoby te mają prawo wglądu do jego dokumentacji medycznej oraz do innej dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia, jak również do sporządzania wyciągów lub kopii tych dokumentów oraz czy w przypadkach określonych w § 34 ust. 8 ustawy o usługach medycznych mogą wyrazić zgodę lub nie wyrazić zgody na świadczenie usług medycznych. Jeśli ze względu na swój stan zdrowia pacjent nie może określić osób wymienionych w poprzednim zdaniu niniejszego punktu e), wówczas prawo do bycia informowanym o aktualnym stanie zdrowia pacjenta oraz do sporządzania wyciągów i kopii jego dokumentacji medycznej mają osoby mu bliskie. Jeśli pacjent uprzednio ustanowił zakaz przekazywania informacji o swoim stanie zdrowia określonym osobom bliskim, wówczas informacje takie można przekazać tym osobom wyłącznie w przypadku, gdy leży to w interesie ochrony ich zdrowia lub ochrony zdrowia innej osoby, i to wyłącznie w niezbędnym zakresie,
- f) prawo do określenia osób lub ustanowienia zakazu udzielania informacji o stanie zdrowia jakiegokolwiek osobie w dowolnym momencie po przyjęciu do szpitala, pacjent może również w dowolnym momencie odwołać określenie osoby lub ustanowienie zakazu udzielania informacji o swoim stanie zdrowia; ustanowiony przez pacjenta zakaz przekazywania informacji o jego stanie zdrowia nie obowiązuje w przypadku udzielania informacji, ewentualnie przekazywania danych, które mogą być przekazywane bez zgody pacjenta zgodnie z ustawą o usługach medycznych lub na podstawie innych przepisów prawa (np. § 65 ust. 2 ustawy o usługach medycznych),
- g) prawo do ustanowienia zakazu, aby osoby, które są w trakcie przygotowań do uzyskania uprawnień do realizacji zawodu pracownika w służbach medycznych lub innego specjalisty oraz pracownicy medycni wymienieni w § 46 ust. 2 ustawy o usługach medycznych mieli prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie niezbędnym do zapewnienia przebiegu nauki,
- h) prawo żądania od szpitala Nemocnice na Homolce informacji o przetwarzaniu jego danych osobowych, z tym że szpital Nemocnice Na Homolce ma prawo domagać się za udzielenie informacji uiszczenia opłaty, której wysokość nie przekracza kosztów niezbędnych do udzielenia informacji,
- i) prawo do poprawy danych osobowych,

- j) jeśli pacjent stwierdzi lub podejrzewa, że szpital Nemocnice Na Homolce przetwarza jego dane osobowe w sposób niezgodny z zasadami ochrony jego życia prywatnego i osobistego lub w sposób niezgodny z prawem, w szczególności jeśli dane osobowe są niedokładne biorąc pod uwagę cel ich przetwarzania, wówczas ma on prawo do zażądania od szpitala Nemocnice Na Homolce wyjaśnień, jak również do zażądania, aby szpital Nemocnice Na Homolce usunął ten stan rzeczy, przy czym może chodzić w szczególności o zablokowanie danych osobowych, dokonanie ich poprawy, ich uzupełnienie lub usunięcie,
- k) prawo do zwrócenia się do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z wnioskiem o zapewnienie dokonania kroków naprawczych w przypadku stwierdzenia naruszenia przez szpital Nemocnice Na Homolce jego obowiązków,
- l) prawo do dochodzenia własnych roszczeń wynikających z § 13 kodeksu cywilnego w przypadku powstania po stronie pacjenta szkody o innym charakterze niż majątkowy w wyniku przetwarzania danych osobowych.