

SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S USTANOVENÝM ZÁSTUPCEM

Identifikační štítek pacienta

Přijímací lékař/ka mne dostatečně a srozumitelně informoval/a o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o navrženém individuálním léčebném postupu. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **SOUHLASÍM s hospitalizací osoby mnou zastupované ve Fakultní nemocnici Motol a Homolka (dále jen „FNMH“) a s navrhovanou léčbou.** Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné a nemám další otázky.

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo ustanovený zástupce pacienta prohlašuji, že uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....
*nehodící se škrtněte

Identifikace zákonných zástupců / ustanoveného zástupce¹:

I. Zákonný zástupce / ustanovený zástupce, který uděluje souhlas:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: Tel. číslo:

Adresa trvalého pobytu:

II. Druhý zákonný zástupce (u nezletilých pacientů):

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: Tel. číslo:

Adresa trvalého pobytu:

SOUHLASÍM s možností podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované telefonicky, po uvedení HESLA:

.....

A) Vyjádření souhlasu / nesouhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované dalším osobám

Jako zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta mám možnost určit další osoby, které mohou či nemohou být informovány o zdravotním stavu osoby mnou zastupované, případně rozsah jim podávaných informací omezit. (Toto se nevztahuje na druhého zákonného zástupce nezletilého pacienta, který má na informace o zdravotním stavu nezletilého právo a nelze mu toto právo odpírat.).

SOUHLASÍM s podáváním informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované níže uvedeným osobám a dále jim přiděluji uvedená práva². Rozsah podávaných informací mám právo omezit:

.....

¹ Ustanoveným zástupcem se podle § 28 odst. 3 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, rozumí opatrovník nebo jiná osoba, která je **na základě rozhodnutí soudu** oprávněna pacienta zastupovat v právním jednání vztahujícím se k poskytování zdravotních služeb, je-li pacient v tomto rozsahu zastoupen.

² Právo určit další osoby oprávněné k nahlížení do zdravotnické dokumentace a k pořizování výpisů nebo kopií svědčí zákonnému zástupci a z ustanovených zástupců pouze opatrovníkovi.

Jméno, příjmení adresa trvalého pobytu nebo datum narození	Vztah k pacientovi telefon	Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace	Právo pořizovat si výpisy nebo kopie zdravotnické dokumentace
		ANO / NE*	ANO / NE*
		ANO / NE*	ANO / NE*
		ANO / NE*	ANO / NE*

VYSLOVUJI ZÁKAZ podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované

JAKÉKOLI / NÍŽE UVEDENÉ* osobě:

Jméno a příjmení osoby, které zakazuji podávat informace	Vztah k pacientovi

B) Osoby připravující se na výkon povolání (studenti)

Byl/a jsem poučen/a o možnosti se rozhodnout, zda souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka (studenti lékařských fakult, zdravotnických škol a jiné), které jsou vázány povinností mlčenlivosti. Tyto osoby mají rovněž právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytně nutném k zajištění výuky.

SOUHLASÍM s přítomností výše uvedených osob a jejich možností nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o osobě mnou zastupované.

ANO / NE*

C) Přítomnost dobrovolníků

V rámci dobrovolnického programu ve FNMH mohou být na pracovištích přítomni **dobrovolníci**, kteří s mým souhlasem **mohou navštívit osobu mnou zastupovanou**.

ANO / NE*

D) Uložení peněz a cenností

SOUHLASÍM s uložením větší částky peněz (nad 1000,- Kč), platebních karet, cenností a dokladů na k tomu určeném pracovišti FNMH.

ANO / NE*

E) Přidělení dopravce

SOUHLASÍM s přidělením dopravce FNMH, pokud osobě mnou zastupované lékař doporučí použití zdravotnické dopravní služby k přepravě.

ANO / NE*

F) Užívání vlastních léků

Byl/a jsem poučen/a o užívání léčiv během hospitalizace a **osoba mnou zastupovaná nebude samostatně bez souhlasu ošetřujícího lékaře užívat žádné léky**. Veškerá léčiva jsem předal/a ošetřujícímu personálu. Při ukončení hospitalizace mi budou použitelná léčiva vrácena.

G) Užívání vlastních elektrospotřebičů

Prohlašuji, že mnou nebo osobou mnou zastupovanou donesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje bezpečné užívání a přejímám odpovědnost za škody (včetně újmy na zdraví) vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

H) Práva a povinnosti, vnitřní řád

Byl/a jsem seznámen/a s **právy i povinnostmi pacientů** při poskytování zdravotních služeb a s **vnitřním řádem FNMH a zavazuji se jej dodržovat, včetně zákazu kouření**. Prohlašuji, že osoba mnou zastupovaná byla s tímto řádem seznámena přiměřeně svému věku a rozumovým schopnostem, především s organizací a pravidly provozu na daném pracovišti. V postavení zákonného zástupce / ustanoveného zástupce se zavazuji, že osoba mnou zastupovaná **bude vnitřní řád dodržovat** a dále bude dodržovat **zákaz kouření**.

Byl/a jsem poučen/a, že ve FNMH **je zakázáno pořizování obrazových, zvukových či audiovizuálních záznamů**, s výjimkou případů, kdy se tak děje ze zákonných důvodů. V případě, že poruším tento zákaz já nebo osoba mnou zastupovaná a použitím záznamu vznikne FNMH nebo třetí osobě újma, zavazuji se újmu v plné výši FNMH (resp. třetí osobě) nahradit.

Prohlašuji, že jsem lékařům **nezamlčel/a žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby mnou zastupované**, které by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu nebo ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Výše uvedená rozhodnutí a souhlasy mám právo kdykoliv změnit či odvolat.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis zákonného / ustanoveného zástupce

.....
Podpis a jmenovka lékaře