

Informovaný souhlas a poučení pacienta (zákonného zástupce) s hospitalizací

oddělení

.....
razítko pracoviště

Pacient/ka **rodné číslo**

titul příjmení jméno

event. u nezletilých osob či osob omezených na svéprávnosti:

Zákonný zástupce: příbuzenský vztah

Váš zdravotní stav (zdravotní stav dítěte) nyní vyžaduje zdravotní péči za hospitalizace, kterou není možné poskytnout ambulantně.

Důvod hospitalizace (srozumitelně).....

Lékař/ka, provádějící poučení:.....

jmenovka a podpis

Já níže podepsaný/á tímto prohlašuji následující:

- Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem a informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mne dle aktuálních informací o mém zdravotním stavu.
- Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik a komplikací.
- Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.
- Dávám souhlas k tomu, aby v případě nutnosti mi byl odebrán (i opakovaně) biologický materiál (krev, moč, atd.) k provedení potřebných vyšetření s tím, že budu předem informován/a o tom, pro jaké vyšetření se materiál odebírá. Dávám souhlas k tomu, aby mi v případě nutnosti mohla být zavedena žaludeční/duodenální sonda, močová cévka a v případě nutnosti podávání léků do žíly nebo transfúze krve, byla zavedena kanyla (hadička) do žíly. Dávám souhlas s veškerými vyšetřeními RDG oddělení.
- Byl/a jsem poučen/a, že v Mulačově nemocnici se k mé léčbě budou používat pouze léky ordinované mi ošetřujícím lékařem (lékařem oddělení, kde budu hospitalizován). Bez souhlasu ošetřujícího lékaře nebudu užívat žádné léky. Veškeré léky, které jsem si pro sebe případně přinesl/a s sebou do nemocnice, předám ošetřujícímu personálu.
- Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření v prostorách areálu Mulačovy nemocnice a zavazuji se jej dodržovat.
- Beru na vědomí, že není v možnostech oddělení zajistit můj majetek, který jsem nepředal do úschovy, proti odcizení, ztrátě či poškození. Tento majetek si ponechávám ve své dispozici a zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě či poškození. Pokud jsem dal/a do úschovy poskytovatele zdravotnických služeb finanční prostředky pak akceptuji, že jakékoliv případné úroky na těchto finančních prostředcích jsou příjmem poskytovatele zdravotnických služeb.
- Prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za event. škody, včetně újm na zdraví způsobené jeho nesprávnou funkcí (např. holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, nabíječka na telefon, televize, PC apod.).

