**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s hospitalizací**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pacient(ka) –  jméno a příjmení: |  | | Rodné číslo  (číslo pojištěnce): | | |  |
| Datum narození:  (není-li rodné číslo) |  | | Kód zdravotní pojišťovny: | |  | |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:  (případně jiná adresa) | |  | | | | |
| Jméno zákonného zástupce (opatrovníka): | |  | Rodné číslo: |  | | |

|  |
| --- |
| **Důvod hospitalizace:** |
|  |

**Prohlášení:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Přeji si, aby mi byla podána informace o mém zdravotním stavu  *pozn. Vaši odpověď zakroužkujte* | | | | | | ANO | | NE | | |
| V případě, že jsem přijal možnost být srozumitelně informován(a) o mém zdravotním stavu v souladu  s § 31,odst. 1, zákona č. 372/2011 Sb., tak prohlašuji, že mně byly poskytnuty následující informace o:   * + příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,   + účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovanýchzdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,   + jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,   + další potřebné léčbě, individuálním léčebném postupu,   + omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav. | | | | | | | | | | |
| Prohlašuji, že jsou mi známy důvody hospitalizace, informace o hospitalizaci považuji za dostatečné, měl(a) jsem možnost se zeptat na vše, čemu jsem nerozuměl(a) nebo co považuji za důležité. | | | | | | | | | | |
| Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. | | | | | | | | | | |
| **V případě, že si nepřeji být informován o mém zdravotním stavu, určuji, aby osobou, které má být podána informace o mém zdravotním stavu byl/a:** | | | | | | | | | | |
| **Jméno a příjmení:** | | | **vztah k pacientovi:** | | | | | | | |
| Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s Vnitřním řádem FNOL, právy pacientů a domácím řádem. | | | | | | | | | | |
| Prohlašuji, že jsem byl lékařem informován o možnosti nahlížení do své zdravotnické dokumentace  a pořizování si výpisů, opisů nebo kopií.\*) | | | | | | | | | | |
| Přeji si, aby o mém zdravotním stavu v průběhu hospitalizace byla informována jiná osoba(y) *pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:* | | | | | | | ANO | | NE |
| Jméno a příjmení | Adresa |  | | Tel. |  | | | | |
| **Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo:** | | | | | | | | | |
| 1. nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace\*) | | | | | | | ANO | | NE |
| 1. vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, pokud toho nebudu s ohledem na můj zdravotní stav schopen já, nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu | | | | | | | ANO | | NE |

\*) Podle zákona č. 372/2011 Sb., § 66, odst. 3, písm. a) může zdravotnické zařízení za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s pořízením výpisu nebo náklady vynaložené na pořízení fotokopie zdravotnické dokumentace; ceník za pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace musí být umístěn na místě veřejně přístupném pacientům.

**Souhlas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:*** | | |
| V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč…) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby. | ANO | NE |
| Souhlasím s uchováváním a použitím biologického materiálu v rámci běžných diagnostických a léčebných postupů pro potřeby lékařské vědy a výzkumu a s event. zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích při zachování anonymity. | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ve Fakultní nemocnici Olomouc se připravují na výkon povolání zdravotnického pracovníka zejména lékaři v rámci dalšího vzdělávání, studenti Lékařské fakulty, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci a studenti zdravotnických škol.  Podle § 46, odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb. je FNOL povinna zajistit, aby studenti a stážisté mohli vykonávat odbornou praxi a provádět činnosti, včetně zdravotních výkonů a záznamů do zdravotnické dokumentace. Výuka studentů a stážistů probíhá pod přímým vedením buď zdravotnického pracovníka, nebo učitele praktického vyučování. | | |
| Z toho důvodu **souhlasím** s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem. | ANO | NE |
| A dále **souhlasím** s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb. | ANO | NE |
| Jsem si vědom(a) a souhlasím, že v případě nutnosti mohou být použity omezovací prostředky dle zákona  č. 372/2011 Sb., § 39, odst. 2 a to v těchto situacích:   * + pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob (např. stav po anestezii, operaci, výkonu, apod.) a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Hodina | Podpis pacienta(ky) / nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno, příjmení lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci | Podpis lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:** | | | |
|  | | | |
| **Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:** | | | |
|  | | | |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum: | Hodina |
|  |  |  |  |

*Tento souhlas platí pro všechny překlady pacienta v rámci jedné hospitalizace ve FNOL.*