

# Informovaný souhlas pacienta s hospitalizací



## Identifikační údaje pacienta/ky

Jméno a příjmení, rodné č.

## Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka

Jméno a příjmení:

Kontakt:

### 1. Důvod hospitalizace:

---

### 2. Vzdání se podání informace o zdravotním stavu

- \* Byl/a jsem poučen/a o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a **výslovně se vzdávám podání informace o mém zdravotním stavu.**  
(V případě vzdání se podání informace prosím zakřížkujte).

### 3. Souhlas pacienta s hospitalizací

- Já, pacient/ka (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně lékařem informován/a o důvodech a nutnosti hospitalizace, o akutním zdravotním stavu a s jeho možným vývojem, o výhodách diagnostického a léčebného postupu a o jeho předpokládané úspěšnosti a důsledcích.
- Rovněž jsem byl/a seznámen/a s důsledky a možnými komplikacemi, riziky a následky, pokud hospitalizaci odmítnu a s alternativními postupy při samotné léčbě či diagnostice. Dále mi byly objasněny možné problémy během uzdravování a možná omezení v obvyklém způsobu života.
- Souhlasím s prováděním zdravotnických úkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby.
- Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno. Byl/a jsem seznámen/a s právem hospitalizaci odmítnout.

### 4. Souhlas s podáváním informací o zdravotním stavu

Kontaktní osoba pro komunikaci s nemocnicí:

---

Jméno, příjmení

Vztah

Telefon

- Souhlasím s podáváním informací osobě blízké, po sdělení komunikačního hesla:
- 

- Podávat informace v plném rozsahu

(včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace, případně pořizovat výpisy a kopie dle platného ceníku)

- Podávat pouze v následujícím rozsahu (uved'te):
- 

- Zakazují podávání informací

- Jakékoli osobě

- Uvedené osobě
- 

Jméno, příjmení

### 5. Prohlášení pacienta spojené s hospitalizací

Na zápisní (kotník), Vám bude připevněn identifikační náramek se jménem, rodným a unikátním číslem, názvem nemocnice (RNB) a oddělení spolu s čárovým kódem. Tyto údaje jsou povinné ke správné identifikaci pacienta pro ošetřující personál.

- **Souhlasím**  **ANO**  **NE**  
s uvedením mého jména a příjmení na elektronickou informační tabuli po dobu mé hospitalizace.
- **Souhlasím**  **ANO**  **NE**  
s přítomností a podílením a se na mém léčení a ošetřování osob, získávajících způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, studenti lékařských fakult, studenti nelékařských oborů a jejich školitelé, kteří provádějí praxi pod dohledem školeného personálu nemocnice. Tyto osoby mohou nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytně nutném k zajištění výuky, přičemž jsou vázány povinností mlčenlivosti.

### 6. Seznámení s vnitřním řádem

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s Vnitřním řádem nemocnice a s Domácím řádem oddělení, které se zavazuji respektovat. (Tyto a další informační dokumenty, včetně pravidel provozu na daném pracovišti a Práva pacienta jsou viditelně vyvěšeny na oddělení a k dispozici na pokojích pacientů), zejména pak:

- že budu užívat pouze léky ordinované ošetřujícím lékařem, bez vědomí lékaře nebudu užívat donesené léky. Donesené léky odevzdám ošetřujícímu personálu, budou mi vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí odevzdání léků mi nebude neakutní hospitalizace umožněna.
- že jsem poučen/a o zákazu kouření ve vnitřních prostorách nemocnice a zavazuji se jej dodržovat.
- že donesené elektrické spotřebiče budu používat pouze se souhlasem personálu.
- že jsem byl seznámen/a s poplatky za nadstandardní vybavení pokoje, které není hrazené z veřejného zdravotního pojištění a v případě, že jsem se pro takový pokoj rozhodl/a, zavazuji se uhradit příslušnou cenu dle platného ceníku nemocnice.

### 7. Zpracování osobních údajů

Rehabilitační nemocnice Beroun zpracovává jako správce osobní údaje. Všechny dostupné informace o ochraně osobních údajů lze dohledat na webových stránkách <https://www.nemocnice-beroun.cz/gdpr> případně dotazem na Pověřence společnosti na emailu [dpo@akesoholding.cz](mailto:dpo@akesoholding.cz).

- 8. **Byl/a jsem poučen/a o možnosti uložení cenností vč. finanční hotovosti do úschovny na oddělení, případně do trezoru nemocnice. V případě nevyužití této možnosti nemocnice nezodpovídá za případné ztráty.**

**Úschovu:**  Nepožaduji  Požaduji

**9. Vyjádření informovaného souhlasu pacienta**

---

*V Berouně dne, hod.*

*Podpis pacienta / zákonného zástupce, opatrovníka*

Zdůvodnění v případě, že pacient nemohl v době příjmu vyjádřit písemně svůj souhlas:

---

Způsob projevené vůle:

---

*Podpis lékaře*

*Podpis svědka (je-li zapotřebí)*

**10. Dodatečné vyjádření souhlasu (do 24 hodin od přijetí):**

---

*V Berouně dne, hod.*

*Podpis pacienta / zákonného zástupce, opatrovníka*

---

*Podpis lékaře*