

<b>Jméno a příjmení</b>	
<b>Rodné číslo</b>	
<b>Trvalé bydliště</b>	
<b>Zdravotní pojišťovna</b>	

1. Prohlašuji, že jsem řádně seznámil pacienta/ku (zákonného zástupce) s důvody a výhodami navržené hospitalizace způsobem, který je podle mého soudu srozumitelný. Rovněž jsem pacienta/ku seznámil s aktuálním zdravotním stavem, možnými komplikacemi, riziky a následky, pokud hospitalizaci odmítne. Pacient/ka je způsobilý/á k podpisu souhlasu.

2. Prohlašuji, že jsem byl/a předem řádně a srozumitelně lékařem informován/a o nutnosti hospitalizace, o možných rizicích, o předpokládané úspěšnosti hospitalizace, i s důsledky a možnými komplikacemi, riziky a následky pokud hospitalizaci odmítnu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a, pokud tak tomu bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny, proto s navrženou hospitalizací **souhlasím**.

**Datum:**

**Podpis pacienta:**  
**(zákonného zástupce-identifikace)**

**Podpis a jmenovka lékaře:**

3. Současně potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a:

- a) s vnitřním řádem nemocnice a domácím řádem oddělení a budu se jimi řídit
- b) s ošetřujícím personálem
- c) se zákonnými právy a povinnostmi pacienta, případně s chartou práv dětí
- d) s možnostmi uložit cennosti v trezoru nemocnice a s neručením za takto neuložené cennosti nemocnicí

4. Dávám tímto souhlas, aby o mém zdravotním stavu byli informováni pouze:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> manžel, manželka          | <input type="checkbox"/> ostatní příbuzní                             |
| <input type="checkbox"/> druh, družka              | <input type="checkbox"/> všichni                                      |
| <input type="checkbox"/> rodiče                    | <input type="checkbox"/> nikdo  |
| <input type="checkbox"/> děti                      | <input type="checkbox"/> další osoby – jmenujte:                      |
| <input type="checkbox"/> zákonný zástupce, pěstoun | <input type="checkbox"/> nechci být informován o mém zdravotním stavu |

Rozsah informace, která má být určeným osobám sdělena:

- vše
- pouze určené informace v tomto rozsahu:

Heslo pro telefonickou komunikaci příbuzných pacienta s ošetřujícím lékařem

5. Prohlašuji, že nemám námitek proti tomu, aby se na mém léčení a ošetřování účastnili studenti lékařské fakulty, studenti/ky nelékařských oborů a jejich školitelé bez pracovního poměru v nemocnici, kteří provádějí praxi pod dohledem školeného personálu nemocnice.

6. Prohlašuji, že souhlasím, aby mé osobní údaje (včetně citlivých osobních údajů o zdravotním stavu) a údaje ze zdravotní dokumentace týkající se mého zdravotního stavu byly poskytnuty v případě poškození mého zdraví pojišťovně, u které má Rehabilitační nemocnice Beroun (RNB), pojištěnu odpovědnost za škodu a pojistnému makléři spravujícímu tato pojištění. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.

**Datum:**

**Podpis pacienta:**  
**(zákonného zástupce-identifikace)**

**Podpis přijímající sestry:**

**Poznámka:**

- aktuální stav pacienta při přijetí neumožnil jeho vyjádření k hospitalizaci
- pacient (zákonný zástupce) odmítl podepsat
- z důvodu:
- způsob projevu souhlasu:
- způsob projevu nesouhlasu:

**Datum:**

**Podpis svědka/ků:**

**Podpis a jmenovka lékaře:**

**Souhlas s navrženým vyšetřením, diagnosticko-terapeutickým nebo operačním postupem**

**I. Vyplní lékař:**

Název vyšetření, léčebný postup či operace, pro které je nutný písemný souhlas pacienta, zákonného zástupce:

Prohlašuji, že jsem řádně vysvětlil/a důvody a výhody navrženého lékařského diagnostického a léčebného postupu pacientovi (zákonnému zástupci) způsobem, který je podle mého soudu srozumitelný. Rovněž jsem pacienta seznámil/a s předpokládanou úspěšností a důsledky tohoto výkonu, možnými častějšími komplikacemi, **zejména s následujícími riziky:**

Seznámil/a jsem pacienta (zákonného zástupce) s možnými alternativami navrhovaného vyšetření/léčebného postupu, s problémy, které mohou nastat během uzdravování, s možným omezením v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti i s důsledky odmítnutí výkonu, dále s léčebným režimem a preventivními opatřeními spojenými s výkonem. Pacient/ka je způsobilý/á k podpisu souhlasu.

**Datum:**

**Podpis a jmenovka lékaře:**

### II. Pacient/ka (zákonný zástupce)

- 1) Přečtěte si laskavě pozorně text tohoto listu.
- 2) Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení nebo potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

**Já, pacient/ka (zákonný zástupce)** prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami výkonu/postupu i důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování, o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, o léčebném režimu a preventivních opatřeních spojených s výkonem. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující otázky a, pokud tak tomu bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

### **Na základě tohoto poučení prohlašuji, že:**

- jsem byl poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb a že mi byl srozumitelně vysvětlen můj zdravotní stav a možné následky odmítnutí potřebných zdravotních služeb,
- mi byl vysvětlen navržený individuální léčebný postup,
- jsem měl/a možnost klást otázky ohledně mého zdravotního stavu a s tím spojených zdravotních služeb,
- tyto otázky byly lékařem úplně zodpovězeny,
- jsem byl seznámen s ceníkem nemocnice ohledně plateb za plánovanou hospitalizaci na oddělení a zavazuji se uhradit příslušnou cenu dle platného ceníku,
- souhlasím s výše uvedeným diagnosticko-terapeutickým postupem /operačním výkonem,
- souhlasím s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav,
- souhlasím s podáním krevní transfuze, bude-li to můj aktuální zdravotní stav vyžadovat,
- souhlasím s prováděním dalších zdravotních a ošetrovatelských úkonů nezbytných k zajištění léčby (např. aplikací injekcí, infuzí, kanylací periferní žíly, převazy, hygienou, odběry biologického materiálu apod.) a dalších potřebných, popřípadě kontrolních, zdravotnických výkonů,
- souhlasím v případě vzniku život ohrožující situace se všemi potřebnými život zachraňujícími výkony, včetně operace, zajištění dýchacích cest, umělou plicní ventilací a umělým spánkem,
- beru na vědomí, že nebudou podávány telefonické informace o mém zdravotním stavu
- souhlasím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty v případě poškození zdraví pojistnému makléři a pojišťovně, u které má nemocnice pojištění odpovědnosti za škodu
- jsem srozuměn/a s tím, že výše uvedený lékařský výkon/postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

**Datum:**

**Podpis pacienta/ky:  
(zákonného zástupce-identifikace)**