

.....  
pracoviště

Souhlas pacienta/pacientky s hospitalizací a případným překladem v rámci  
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Pacient/ka /x/ ..... Rodné číslo .....  
jméno příjmení titul

oddělení .....

**Důvod hospitalizace** (srozumitelně, laicky)

.....

CHCI ZNÁT informace o svém zdravotním stavu.

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 či komplikací.

V případě, že bude nutné provést další specializovaný výkon, bude mě, nebo osobě mnou určené předložen konkrétní informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu výkonu.

Zavazuji se respektovat pravidla pro pobyt ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, která jsou uvedena v domácím řádu FN HK.

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 biologický materiál (krev, moč, atd.) k provedení potřebných vyšetření.

Dávám souhlas, aby mi v případě nutnosti podávání léků nebo krve do žíly, byla zavedena kanylka (hadička) do žíly.

Pro zajištění co nejkompexnější přípravy nové generace zdravotníků je zapotřebí, aby se osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti, stážisté) dostali co nejčastěji do styku s každodenní zdravotnickou praxí. Pouze tímto způsobem si mohou budoucí zdravotníci osvojit nepostradatelné znalosti a dovednosti nezbytné pro co nejkvalitnější výkon jejich zdravotnického povolání.

Jsem si vědom/a, že Fakultní nemocnice Hradec Králové je výukovým pracovištěm lékařské fakulty, farmaceutické fakulty a zdravotnických škol. Uvědomuji si, že při své hospitalizaci se mohu setkávat se studenty, stážisty a jejich vyučujícími. Z tohoto důvodu:

DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížely do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem (tyto osoby jsou vázány povinnou mlčenlivostí ve stejném rozsahu, jako je tomu u zdravotníků).

DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ souhlas s tím, aby byly osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, přítomny při poskytování zdravotní péče mé osobě, tzn., aby tyto osoby mohly pasivně přihlížet. Vždy bude respektován můj aktuální fyzický a psychický stav s tím, že přítomnost těchto osob budu moci kdykoli odmítnout.

DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ souhlas s tím, aby se osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, účastnily na poskytování zdravotní péče mé osobě, a to vždy na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem a pod jeho nepřetržitým dohledem, tzn., aby mohly tyto osoby aktivně pečovat o mé zdraví (jedná se pouze o provádění běžných vyšetření, odběrů, apod.).

V souladu s informací uvedenými v Domácím řádu a v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. UDEĽUJI / NEUDEĽUJI tímto souhlas s tím, aby pověření zaměstnanci Fakultní nemocnice Hradec Králové nahlíželi do zdravotnické dokumentace vedené Fakultní nemocnicí Hradec Králové o mé osobě, a s pořizováním výpisů nebo kopií této zdravotnické dokumentace, a to za účelem provádění vědeckovýzkumné činnosti tak, jak je popsáno výše. Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebudu užívat žádné vlastní léky.

Beru na vědomí, že není v možnostech kliniky (oddělení) zabezpečit můj majetek, který jsem nepředal/a 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.

Dále 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 jejich nesprávnou funkcí (např. holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, nabíječka na telefon, televize, osobní počítač apod.).

### **Souhlasím s hospitalizací a navrhovaným postupem léčby.**

Hradec Králové dne .....v.....hod.

.....  
Jmenovka a podpis lékaře/ky

Hradec Králové dne .....v.....hod.

.....  
Podpis pacienta/ky

/x/ vyplní zdravotnický pracovník, nehodící se škrtně