

.....
pracoviště

Souhlas s hospitalizací a případným překladem v rámci Fakultní nemocnice
Hradec Králové od pacienta/pacientky, který/která nechce znát informace
o svém zdravotním stavu

Pacient/ka /x/ Rodné číslo
jméno příjmení titul

oddělení

Důvod hospitalizace pouze stručně dle informací podaných pacientovi/pacientce

.....
V případě, že bude nutné provést další specializovaný výkon, bude 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
kanyla (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.).

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

Souhlasím s hospitalizací a navrhaným postupem léčby.

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/ky

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Podpis pacienta/ky

/x/ vyplní zdravotnický pracovník, nehodící se škrtně