

FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

IČO: 00179906

.....
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 předloženo konkrétní informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu výkonu.

Zavazuji se respektovat pravidla pro pobyt ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, které 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. Jsem si vědom/a, že Fakultní nemocnice Hradec Králové je výukovým pracovištěm lékařské fakulty, farmaceutické fakulty a zdravotnických škol. Z toho 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. **DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ souhlas** s přítomností popř. poskytováním zdravotních služeb osob, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, při poskytování zdravotních služeb na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

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 navrhovaným postupem léčby.

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/ky

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Podpis pacienta/ky

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec, nehodící se škrtně