

FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

IČO: 00179906

.....
pracoviště

Souhlas zákonného zástupce pacienta/pacientky s omezenou svéprávností
s hospitalizací a případným překladem v rámci
Fakultní nemocnice Hradec Králové

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

zákonný zástupce /x/
jméno příjmení titul

Telefon.....Adresa.....
.....

oddělení

Informace o zdravotním stavu a důvod hospitalizace (srozumitelně, laicky)

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se zdravotním stavem mně svěřené osoby při jeho přijetí k hospitalizaci, s jeho možným vývojem a informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích při přijetí navrhovaných zdravotních služeb. Poučení obsahovalo

i jednotlivé, plánované zdravotní výkony, jiné možnosti poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnost, přínosy a rizika pro pacienta ve vztahu k aktuálním informacím o jeho zdravotním stavu.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně a vzal/a jsem je na vědomí.

Beru na vědomí, že v případě nutnosti provést další specializovaný výkon mi bude poskytnuta další informace o plánované zdravotní službě a budu moci vyjádřit svůj názor na konkrétním informovaném souhlasu vztahujícím se ke konkrétnímu výkonu.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o jejím/jeho zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit jeho/její léčbu nebo ohrozit jeho/její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Dávám souhlas k tomu, aby v případě nutnosti mu/jí byl odebrán biologický materiál (krev, moč, atd.) k provedení potřebných vyšetření.

Dávám souhlas, aby v případě nutnosti podávání léků nebo krve do žíly, mu/jí 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 jeho/její 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.

Přeji si, aby osoba/y uvedená/é v tabulce BYLA/Y informována/y o jejím/jeho zdravotním stavu a dále oprávněna/y:

Jméno, příjmení, vztah k pacientovi	nahlížet do její/jeho zdravotnické dokumentace a jiných zápisů, vztahujících se k jejímu/jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů.
	ano / ne
	ano / ne

Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebude pacient užívat žádné vlastní léky.

Beru na vědomí, že není v možnostech kliniky (oddělení) zabezpečit její/jeho majetek, který jsem nepředal/a do úschovy, proti odcizení, ztrátě či poškození. Tento majetek ponechávám v její/jeho dispozici a zavazuji se, že o něj bude 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/řky

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Podpis pacienta/ky

.....
Podpis zákonného zástupce

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec, nehodící se škrtně