**OBECNÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ**

**Pacient: Datum narození:**

**Pojišťovna: Rodné číslo/identifikační**\***:**

**Adresa: Číslo chorobopisu:**

**Telefon: Číslo o.p.:**

1. **Vzdání se práva na podání informace o zdravotním stavu**

Přeji si být informován/a o svém zdravotním stavu: \**nehodící se škrtněte* **ANO / NE**\*

**B. Byl/a jsem poučen/a o užívání léčiv během hospitalizace** a nebudu samostatně bez souhlasu ošetřujícího lékaře užívat žádné léky. Veškerá léčiva jsou v originálním balení a předal/a jsem je ošetřujícímu personálu. Při ukončení hospitalizace mi budou použitelná léčiva vrácena.

* v souvislost s podáváním správných léčiv a za účelem mé ochrany před nežádoucími interakcemi léčiv souhlasím s nahlížením zaměstnanců NNF tj. ošetřujících lékařů a klinického farmaceuta do mého sdíleného lékového záznamu vedeného u SÚKL. Za tímto účelem souhlasím s evidencí čísla mého občanského průkazu ve zdravotnické dokumentaci vpravo nahoře tohoto listu.
* na důkaz toho, že nesouhlasím s nahlížením do mého lékového záznamu, nesmí být číslo průkazu totožnosti na tomto listu vpravo nahoře uvedeno.

**C. Souhlas s prováděním jednoduchých lékařských výkonů**

Jednoduché výkony (převazy, aplikace injekcí, aj.) mi budou prováděny na lůžku v pokoji, kde budu ubytován/a s dalšími pacienty.

**D. Záznam o vyjádření souhlasu/nesouhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu**

Mám právo určit osoby, kterým mohou být poskytnuty informace o mém zdravotním stavu včetně rozsahu těchto informací, a osoby, kterým informace být poskytnuty nesmí. Mám právo určit osoby, které smí nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (dále jen „ZD“) a pořizovat si její výpisy či kopie. Jsem si vědom/a, že v případě zhoršení mého zdravotního stavu budou informovány uvedené osoby a byl/a jsem poučen/a, že mohu určit osobu, která za mě bude rozhodovat, nebudu-li moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb.

**VYSLOVUJI ZÁKAZ podávat informace o svém zdravotním stavu jakékoli/níže\* uvedené osobě/osobám:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SOUHLASÍM s podáváním informací o svém zdravotním stavu jen níže uvedeným osobám při □ osobním kontaktu nebo**

**□ telefonicky při uvedení hesla:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Jméno a příjmení, vztah:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktní adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktní adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* právo nahlížet do ZD - **ANO - NE**\*, právo pořizovat výpisy/kopie - **ANO - NE**\*
* právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama - **ANO - NE**\*

3. Další osoby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E. Mám možnost uložení větší částky peněz, platebních karet a cenností v pokladně NNF.**

**□** **Byl/a jsem poučen/a,** že si mohu uložit větší částky peněz, platební karty a cennosti v pokladně NNF a přijímám všechna rizika, pokud tak neučiním.

**□** Byl/a jsem informován/na, že své osobní věci mohu ukládat v místě k tomu určeném a jsem si vědom/a, že nemocnice nenese odpovědnost za odcizené osobní věci, které budou uloženy mimo toto místo.

**F. Soukromí a osobní údaje pacienta**

Studující připravující se na výkon zdravotnického povolání a jejich vyučující mohou být přítomni při Vašich léčebných a diagnostických výkonech a provádět je. Do Vaší zdravotnické dokumentace mohou dále nahlížet členové akreditačních komisí a osoby sledující a vyhodnocující kvalitu poskytované péče. Váš případný nesouhlas nemá žádný vliv na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb.

**SOUHLASÍM** s přítomností výše uvedených osob a jejich možností nahlížet do mé zdravotnické dokumentace:

**ANO - NE**\*

**G. Zavazuji se dodržovat vnitřní řád nemocnice, zejména:**

* dodržovat **zákaz kouření**
* **nevnášet do nemocnice jakoukoli zbraň**, jak funkční, tak nefunkční či maketu zbraně a střeliva. V případě, že mám u sebe legálně drženou zbraň, jsem povinen/a zabezpečit ji proti odcizení či ztrátě.

**H. Prohlašuji, že veškeré elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví NNF a které budu v nemocnici používat, jsou bez závad**. Jsem srozuměn/a, že jsem odpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

**CH. SOUHLASÍM s přidělením dopravce**, pokud mi lékař doporučí užití zdravotnické dopravní služby k přepravě (sanity):

**ANO - NE**\*

**I. Zákaz natáčení**

Byl/a jsem poučen/a, že v NNF je zakázáno pořizování obrazových, zvukových či audiovizuálních záznamů, s výjimkou případů, kdy se tak děje z medicínských důvodů.

**J. Souhlas pacienta s hospitalizací**

Jsem si vědom/a, že mé osobní údaje budou použity k mé identifikaci a dále za účelem poskytování zdravotních služeb, vedení zdravotnické dokumentace a ochrany majetku. Byl/a jsem seznámen/a s vnitřním řádem NNF a souhlasím s

jeho dodržováním. Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svých právech podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, Obecného nařízení pro ochranu osobních údajů 2016/679 a zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Poučení jsou přílohou tohoto dokumentu. 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.

**Rozumím tomu, že své souhlasy mohu kdykoliv písemně odvolat či pozměnit.**

**Na základě výše poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s hospitalizací v NNF:**

V Praze, dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_\_ Podpis pacienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nemůže-li se pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Způsob, jakým pacient projevil vůli:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Důvod nepodepsání souhlasu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis svědka

Prohlašuji, že jsem poučil/a pacienta shora uvedeným způsobem ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V Praze, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_\_, hod:\_\_\_\_\_\_\_\_ Jméno a podpis zdravotnického pracovníka