



## Nemocnice Dačice, a.s.

Antonínská 85/II. 380 16 Dačice

IČO 28113195

LDN

Tel 384 358 235

Identifikace

Narození/a

Pohlaví Plátce

Adresa

### Poučení a souhlas s hospitalizací a s podáváním informací

#### Informace o zdravotním stavu

Byl/a jsem lékařem srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem, důvodem hospitalizace a navrhaném individuálním léčebném a diagnostickém postupu. Současně mi byla vysvětlena možná rizika související s poskytováním zdravotních služeb a možné alternativy zdravotních služeb. Poučení jsem rozuměl/a a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky.

**S hospitalizací v Nemocnici Dačice, a.s. souhlasím.**

#### Poskytování zdravotních služeb s písemným souhlasem

V případě, že bude v průběhu hospitalizace nutné provést výkon, k němuž je vyžadován písemný souhlas pacienta, bude mi podána srozumitelná a ucelená informace, podle níž se budu moci rozhodnout, zda k provedení výkonu udělím svůj souhlas.

Prohlašuji, že jsem lékařem nezamířel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, např. šířením přenosné choroby.

**VZDÁVÁM** se podání informace o svém zdravotním stavu  ANO  NE

Podpis a jmenovka lékaře:

Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám a beru na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou.

Informace budou poskytnuty  osobně  telefonicky za použití hesla

1. Jméno a příjmení:

Vztah:

Bydliště:

Telefon:

**Uvedená osoba má právo:**

Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy nebo kopie  ANO  NE

Vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na můj

zdravotní stav schopen/a

ANO  NE

2. Jméno a příjmení:

Vztah:

Bydliště:

Telefon:

**Uvedená osoba má právo:**

Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy nebo kopie  ANO  NE

Vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na můj

zdravotní stav schopen/a

ANO  NE

Vyslovuji **zákaz poskytovat informace** o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jméno a příjmení:

Vztah:

Jméno a příjmení:

Vztah:

**Byl/a jsem poučen/a, že uvedená rozhodnutí mám právo kdykoliv odvolat.**

Vyjádření pacienta ke změně:

Změna provedena dne:

Podpis zdravotnického pracovníka:

Souhlasím s tím, aby osoby, které se připravují na výkon zdravotnického povolání v **Nemocnici Dačice, a.s., mohly být přítomny** při poskytování zdravotních služeb mé osobě a **mohly nahlížet** do mé zdravotnické dokumentace

Jejich přítomnost a nahlížení do zdravotnické dokumentace máte právo odmítnout a svůj souhlas v průběhu hospitalizace můžete kdykoliv odvolat.

Souhlasím, aby dokumentační pracovníci písemně Nemocnice Dačice, a.s. mohli **nahlížet do mé zdravotnické dokumentace** v nezbytně nutném rozsahu. Tyto osoby jsou povinny zachovávat mlčenlivost.

Potvrzuji, že jsem byla pracovníkem Nemocnice Dačice, a.s. při přijetí upozorněna na možnost uložení mých osobních dokladů, finanční hotovosti, osobních cenností do trezoru na oddělení

Chci tuto službu využít       Nechci tuto službu využít

Jsem si plně vědoma, že si za své osobní věci uložené bez dozoru osobně plně odpovídám.

V Dačicích dne

*Podpis pacienta*

*Jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka*

V případě, že se pacient nemůže podepsat:

důvod

způsob projevu souhlasu:

svědek:

*Jméno a příjmení*

*Podpis*

V případě, že svědek není zaměstnancem nemocnice doplnit:

Datum narození:

Vztah k pacientovi

Bydliště