

INFORMOVANÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Já, níže podepsaný pacient (zák. zástupce), tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval o důvodu mé hospitalizace a způsobu léčby. Zároveň stvrzuji, že jsem podal pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel(a) jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Souhlasím s navrženou hospitalizací v Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje (Nemocnice Kolín, Nemocnice Kutná Hora, LDN na Vojkově).

Během hospitalizace mi mohou být prováděny zdravotnické a ošetrovatelské úkony nezbytné k zajištění léčby např. aplikace injekcí, infuzí, odběry biologického materiálu, kanylace periferní žíly a další potřebné a kontrolní vyšetřovací zdravotnické výkony a metody.

O provedení specializovaných výkonů budu informován lékařem, který mně v určených případech kromě nezbytné ústní informace předloží k podpisu i konkrétní informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších organizačních a léčebných kroků (opatření) nutných k záchraně života nebo zdraví budou tyto úkony provedeny dle uvážení lékaře.

V případě potřeby zajištění následné péče v léčebně pro dlouhodobě nemocné nebo na oddělení následné péče bude zajištěn překlad do zařízení dle volných kapacit. Při výběru zdravotnického zařízení bude, pokud je to možné, přihlíženo k dostupnosti a preferencím pacienta.

Souhlasím – **Nesouhlasím** s podáváním informací o mém zdravotním stavu v průběhu lékařských a ošetrovatelských vizit před ostatními pacienty. Podávání informací o zdravotním stavu bude vždy provedeno s ohledem na mé soukromí.

Beru na vědomí, že mohu uplatnit své právo vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě mohu určit, které osobě má být podána informace o mém zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz o podávání těchto informací jakékoliv osobě. Současně jsem srozuměn/a s tím, že mohu uplatnit své právo na přístup a opravu osobních údajů.

Jméno pacienta:

Narozen(a): **Bytem:**.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození:.....

Vztah k pacientovi:

V případě plánovaného výkonu, stvrzuji, že jsem před přijetím dodržel doporučenou karanténu.

Podpis pacienta (zák. zástupce pacienta): Datum:

Podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let: Datum:

Jmenovka lékaře a podpis:..... Datum a Čas:.....