



Domov sv. Karla Boromejského, K Šancím 50/6, 163 00 Praha 17 Řepy

POUČENÍ A SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (v platném znění)

SOUHLAS KE ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

dle platné legislativy

Jméno a Příjmení:	Rodné číslo
Datum narození	Zdravotní pojišťovna
Adresa pobytu pacienta:	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Důvod hospitalizace:

<i>Vzor vyplnění (zatržení):</i>	<i>Zakroužkujte správnou odpověď</i>	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Poučení o zdravotním stavu: Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem a informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu hospitalizace.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Obdržel/a jsem údaje o předpokládaném prospěchu léčby, jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro můj zdravotní stav a údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života. Byl/a jsem poučen/a o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a o právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Lékař, který mi poskytl potřebné informace a poučení mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto poučení a souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů, nutných k záchraně života nebo zdraví.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Prohlašuji že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytováním zdrav. služeb mohu odvolat či měnit.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
V případě nutnosti dávám souhlas se zavedením kanyly do žíly /podávání léků, zavodnění atd./		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a povolání pracovníků sociální péče (studenti SZŠ, VOŠ, VŠ apod.) a odborné vyučující prováděly péči v rámci výuky v souladu s vnitřními předpisy Domova sv. Karla Boromejského		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Souhlasím s tím, aby výše uvedené osoby mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl/a jsem lékařem poučen, že mohu nahlížet do své zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní výpisy, opisy nebo kopie.*		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti vzdát se práva na podávání informací o svém zdravotním stavu.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Prohlašuji že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytováním informací o svém zdravotním stavu mohu odvolat či měnit.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla/y informována/y tato osoba/tyto osoby:

Jméno a příjmení:	Adresa:	telefon:
-------------------	---------	----------

Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo:

a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace	ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace*	ANO	NE

*Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením

Vyslovuji zákaz s poskytováním informací o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jméno a příjmení:	vztah k pacientovi:
-------------------	---------------------

- Prohlašuji, že jsem byl/a v souladu s uvedenými zákony řádně informován/a a uděluji tímto s o u h l a s ke zpracování osobních a citlivých údajů.**
- Beru na vědomí, že získané údaje poléhají mlčenlivosti pracovníků Domova sv. Karla Boromejského (dále jen Domova) a budou zpracovány v rozsahu nezbytně nutném pro:
 - poskytování zdravotní a sociální péče v době mého pobytu v Domově,
 - zajištění následné péče po propuštění z Domova,
 - komunikaci s jinými institucemi ohledně zajištění mých potřeb
- Údaje slouží výhradně pro vnitřní potřebu Domova, event. odboru sociální péče příslušného Obecního úřadu, Úřadu na ochranu osobních údajů či Úřadu zdravotnické informatiky a statistiky. S dokumentací pracují lékaři Domova, zdravotní sestry, sociální pracovnice a studentky zdravotnických škol na praxi. Jinému subjektu nebudou poskytovány.
- Souhlas uděluji po dobu trvání pobytu v Domově a následujících 5 let po jeho ukončení pro potřeby archivace či opakovaný pobyt v Domově.
- Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti nahlížet do své zdravotní, sociální dokumentace a do individuálního plánování.

Vlastnoruční podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)	Datum:	Hodina
--	--------	--------

Jméno a příjmení lékaře/ky, který/á provedl/a poučení	Podpis lékaře/ky, který/á provedl/a poučení
---	--

Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient/ka nemohl/a podepsat:

Jak pacient/ka projevil/a svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotního pracovníka/svědka	Podpis zdravotního pracovníka/svědka	Datum:	Hodina