

OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.  
 nemocnice Středočeského kraje  
 272 59 Kladno, Vančurova 1548  
 IČO 27256537, tel. 312606480



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,  
 nemocnice Středočeského kraje

## Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Oddělení:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození

**Já níže podepsaný pacient /zák. zástupce/, tímto prohlašuji, že mě lékař**

dne.....čas.....náležitě a srozumitelně informoval o důvodu mé hospitalizace a způsobu léčby, a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a/ jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky. Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil a **souhlasím s navrženou hospitalizací.**

Zároveň souhlasím a byl/a jsem informován/a o možnosti odmítnutí, aby v rámci výuky studenti připravující se na výkon lékařského a nelékařského zdravotnického povolání nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a byli přítomni při poskytování zdravotních služeb. Souhlasím se zpracováním osobních údajů a s označením lůžka a nástěnky svým jménem a příjmením. Souhlasím s vnitřními auditory, kteří jsou zavázáni povinnou mlčenlivostí, aby rozsahu nezbytně nutném nahlíželi do zdravotní dokumentace. Jsem srozuměn/a/ s tím, že mi bude umístěn identifikační náramek a že prakticky nelze zajistit individuální vizity.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu **neočekávaných komplikací**, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků **nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím** s tím, aby tyto byly provedeny dle uvážení lékaře. Dále souhlasím s vyšetřením na HIV, bude-li to z medicínského hlediska potřebné. Současně souhlasím, s využitím omezovacích prostředků, v případě kdy to bude nezbytně nutné.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s navrženou hospitalizací, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta:.....

Datum:.....

Podpis nezletilého pacienta, který nenabyl plné svéprávnosti (18 let) :.....

Datum:.....

Prohlašuji, že jsem pacienta / zákonného zástupce osobně informoval, poučil a podal náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient/ zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

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

1.

Pro podávání informací o mém zdravotním stavu, nahlížení a pořizování výpisů nebo kopií z mé zdravotnické dokumentace určuji tyto osoby:

Kontaktní údaje:

Jméno, příjmení	Bydliště	Telefon
-----------------	----------	---------

-----

-----

Informace podávat po telefonu:

Číslo:

Heslo:

**Zástupný souhlas:** Jméno, příjmení

Bydliště

Telefon

-----

-----

### **Poučení**

Domácí řád oddělení, práva pacientů /charta práv dětí / a vnitřní řád nemocnice jsou viditelně umístěny ve společných prostorách / pokoje, chodba / a jsou Vám k dispozici.

**Za finanční obnos a cennosti, které neuložíte do úschovy personálu na oddělení nebo do centrálního trezoru nemocnice neodpovídá.**

Používání soukromých elektrických spotřebičů je na vlastní nebezpečí, nemocnice neneso riziko za vznik úrazu při používání soukromých spotřebičů.

### **Povinnosti pacientů**

Pacient je povinen při poskytování zdravotních služeb dodržovat navržený individuální léčebný postup, řídit se vnitřním řádem, informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu včetně informací o infekčních nemocech a nepožívat během hospitalizace alkohol, nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře vyšetření za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

**V případě porušení těchto ustanovení vycházejících ze zákona o zdravotních službách číslo 372/2011 Sb. může být hospitalizace pacienta, který není v ohrožení života, ukončena.**

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta /:.....

Datum:.....

Podpis nezletilého pacienta, který nenabyl plné svéprávnosti (18 let) :.....

Datum:.....

Jmenovka sestry a podpis:.....