

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO PACIENTY PŘI PŘIJETÍ DO FAKULTNÍ THOMAYEROVY NEMOCNICE

Pracoviště FTN při přijetí:

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Vážená paní, vážený pane,

vítejte ve Fakultní Thomayerově nemocnici. Zájmem lékařů, sester a všech dalších pracovníků je poskytovat Vám /opatrované osobě kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči a navrátit Vaše zdraví/ zdraví opatrované osobě nebo zmírnit Vaše potíže. Aby naše spolupráce s Vámi byla úspěšná a abychom předešli případným nedorozuměním, přečtěte si prosím pozorně následující text.

Fakultní Thomayerova nemocnice (dále jen „FTN“) je výukovým pracovištěm. Pod dohledem zkušených lékařů a sester zde probíhá výuka a zácvik studentů lékařských fakult a zdravotnických škol. Proto prosíme o pochopení, trpělivost a také o Váš souhlas stvrzený Vaším podpisem, že studenti a jejich učitelé mohou být o Vaší léčbě / léčbě opatrované osoby informováni a mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace. Máte právo ošetřování studenty kdykoliv během hospitalizace odmítnout. Tato skutečnost v žádném případě neovlivní léčebnou a ošetrovatelskou péči, která Vám / opatrované osobě je a bude v nemocnici poskytována.

Souhlasím, aby výše uvedení studenti a jejich učitelé, stážisté mohli nahlížet do zdravotnické dokumentace:

ano ne

Beru na vědomí, že:

- při přijetí do FTN, budu pro svoji ochranu po dobu pobytu označen/a identifikačním náramkem;
- v průběhu hospitalizace, mohu být přeložen na jiné oddělení/kliniku, bude-li to můj zdravotní stav vyžadovat;
- místem určeným k odkládání finanční hotovosti, cenných věcí a osobních věcí větší hodnoty je trezor (úschova) kliniky/oddělení, kde budu hospitalizován/a; Doporučujeme proto Vám/opatrované osobě neuchovávat během hospitalizace finanční hotovost, cenné věci (např. prsteny, přívěsky, valuty, apod.) a jiné osobní věci větší hodnoty (např. elektronické spotřebiče) při sobě;
- v případě, že si přinesu (nebo mi budou návštěvou přineseny) léčivé přípravky, potravinové doplňky, jsem povinen/a to oznámit zdravotnickému personálu a poradit se o jejich užívání po dobu hospitalizace. Vnesené přípravky mi mohou být odebrány a uschovány mimo můj dosah a jsem srozuměn/a s tím, že pokud lékař vyhodnotí užívání vneseného léčivého přípravku za velmi rizikové, o čemž mě poučí, a přesto vnesené přípravky do úschovy neodevzdám, může být postupováno jako při nedodržování navrženého individuálního léčebného postupu (možnost ukončení péče o pacienta).
- případné požívání vnesených potravin je třeba konzultovat s nutričními terapeuti, kteří jsou dostupní na každém oddělení, doporučuje se po dobu hospitalizace potraviny na oddělení/kliniku nevnášet.
- při poskytování zdravotní péče ve FTN jsem povinen/na dodržovat léčebný režim, řídit se Vnitřním řádem oddělení/kliniky, uhradit cenu služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění, pravdivě informovat ošetřující personál o svém zdravotním stavu, dosavadní léčbě a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotní péče;
- ve FTN funguje Centrum podpůrné péče, které poskytuje psychosociální podporu pacientům, prostřednictvím např. dobrovolníků, canisterapeutů, profesionálních herních terapeutů, duchovního apod.; tyto služby jsou poskytovány zdarma a mohu o ně sám požádat, přijmout je nebo odmítnout;
- v průběhu hospitalizace je zakázáno požívat alkohol, drogy a v odůvodněných případech jsem povinen/na absolvovat vyšetření za účelem prokázání, zda nejsem pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek;
- je zakázáno do nemocnice vnášet zbraně
- je zakázáno pořizovat v prostorách FTN nahrávky (zvukové, obrazové) bez výslovného souhlasu zúčastněných osob, pokud by bylo možné použitím nahrávek zasáhnout do práv na ochranu osobnosti

zúčastněných osob. Pokud by nahrávka obsahovala projevy osobní povahy a mohla tak zasáhnout do práv na ochranu osobnosti zúčastněných osob, není svolení třeba, pokud se podobizna nebo zvukový záznam pořídí nebo použije k výkonu nebo ochraně jiných práv nebo právem chráněných zájmů jiných osob, při zhodnocení nezbytnosti pořízení takové nahrávky **a v souladu s principem proporcionality, tedy poměření práva na ochranu osobnosti s jiným subjektivním soukromým právem.**

Dle Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování máte právo:

- ✓ na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni;
- ✓ na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb;
- ✓ zvolit si zdravotnické zařízení, které odpovídá Vaším potřebám, vyjma zákonem stanovených výjimek;
- ✓ vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického zařízení/zdravotnického pracovníka, vyjma zákonem stanovených výjimek;
- ✓ být seznámen s Vnitřním řádem oddělení/kliniky, který je viditelně umístěný ve společných prostorách nebo na lůžkových pokojích a je Vám k dispozici;
- ✓ na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce/osoby určené zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby určené soudem, nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytování zdravotních služeb;
- ✓ být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady;
- ✓ znát jména a příjmení zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a studentů/stážistů přímo zúčastněných na poskytování Vaší péče;
- ✓ odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování péče přímo zúčastněny, studentů a stážistů;
- ✓ přijímat návštěvy s ohledem na svůj zdravotní stav, v souladu s Vnitřním řádem oddělení/kliniky tak, abyste neporušoval/a práva ostatních pacientů;
- ✓ přijímat v průběhu hospitalizace duchovní péči a podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice v souladu s Vnitřním řádem oddělení/kliniky a způsobem, který nebude porušovat práva ostatních pacientů;
- ✓ na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí;
- ✓ pokud máte smyslové/tělesné postižení a využíváte psa se speciálním výcvikem (tj. vodící nebo asistenční pes), máte právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe v průběhu hospitalizace v souladu s Vnitřním řádem oddělení/kliniky a způsobem, který nebude porušovat práva ostatních pacientů;
- ✓ máte právo dorozumívat se způsobem pro Vás srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám/sama zvolíte, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou;

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu poskytnete svobodný a informovaný souhlas. Svůj souhlas můžete kdykoliv svobodně odvolat. Toto se netýká situací, kdy je nařízená izolace, karanténa nebo povinné léčení dle zákona o ochraně veřejného zdraví.

Máte právo na určení osoby k poskytování informací o svém zdravotním stavu, včetně rozsahu poskytovaných informací a máte právo vyslovit zákaz poskytování informací určeným osobám. Máte právo na poskytnutí veškerých informací o zdravotním stavu, na odmítnutí informací o svém zdravotním stavu, na nahlížení do zdravotnické dokumentace v přítomnosti zdravotnického pracovníka a právo na pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace. O Vašem zdravotním stavu / zdravotním stavu opatrované osoby a plánované léčbě Vás bude informovat zpravidla Váš ošetřující lékař. Ten je oprávněn na základě Vašeho souhlasu podávat tyto informace též níže Vámi určeným osobám.

Výše uvedené skutečnosti jsem vzal/a na vědomí, porozuměla jsem jim a souhlasím s hospitalizací / s hospitalizací opatrované osoby:

ano ne

O svém zdravotním stavu / zdravotním stavu opatrované osoby chci být:

plně informován/a částečně informován/a neinformován/a

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu / o zdravotním stavu opatrované osoby:

osobně a/nebo prostřednictvím telefonu, na základě telefonického dotazu. Požadované informace budou v takovémto případě poskytnuty pouze po sdělení mého: **hesla / hesla opatrované osoby, jež zní:**

.....
 e-mailem/faxem

Rozsah informace, kterou lze sdělit:

.....
Určuji osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu/o zdravotním stavu opatrované osoby, mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o mně vedené nebo do jiných záznamů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a pokud nebudu moci s ohledem na můj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb:

podávání informací nahlížení do dokumentace vyslovení souhlasu k výkonu, pokud to můj zdravotní stav neumožní

Jméno (1): Telefon:

Adresa:

Vztah osoby/zákonného zástupce:

Číslo OP/cestovního pasu/Datum narození:.....

podávání informací nahlížení do dokumentace vyslovení souhlasu k výkonu, pokud to můj zdravotní stav neumožní

Jméno (2): Telefon:

Adresa:

Vztah osoby/zákonného zástupce:

Číslo OP/cestovního pasu/Datum narození:.....

podávání informací nahlížení do dokumentace vyslovení souhlasu k výkonu, pokud to můj zdravotní stav neumožní

Jméno (3): Telefon:

Adresa:

Vztah osoby/zákonného zástupce:

Číslo OP/cestovního pasu/Datum narození:.....

podávání informací nahlížení do dokumentace vyslovení souhlasu k výkonu, pokud to můj zdravotní stav neumožní

Jméno (4): **Telefon:**

Adresa:
.....

Vztah osoby/zákonného zástupce:

Číslo OP/cestovního pasu/Datum narození:.....

Datum:

Podpis pacienta

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Plná moc: ano ne

Datum:

Jméno lékaře:**Podpis lékaře:**

Vypisuje se pouze při nemožnosti poskytnutí písemného informovaného souhlasu.

Pacient byl nahlášen na Oddělení centrální evidence pacientů pro nemožnost poskytnutí písemného informovaného souhlasu při přijetí do FTN:

ano ne

Důvod neposkytnutí písemného informovaného souhlasu:
.....
.....

Nahlásil (jméno a podpis):

Svědek (jiný zdravotnický pracovník/ jméno a podpis):

Datum: **Hodina:**