

SOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY S HOSPITALIZACÍ

Bydliště:

Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka*:

Seznámení provádějící zdravotnický pracovník:

Důvod hospitalizace:

Zavazuji se respektovat pravidla pro pobyt ve zdravotnickém zařízení Vividus East, s.r.o., která jsou uvedena v domácím řádu Vividus East, s.r.o..

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Dávám souhlas k tomu, aby v případě nutnosti mi byl odebrán biologický materiál (krev, moč, atd.) k provedení potřebných vyšetření. Dávám souhlas, aby mi v případě nutnosti podávání léků nebo krve do žíly, byla zavedena kanyla (hadička) do žíly.

Jsem si vědom/a, že zdravotnické zařízení Vividus East, s.r.o. je výukovým pracovištěm lékařské fakulty, farmaceutické fakulty a zdravotnických škol.

- DÁVÁM** **NEDÁVÁM** souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížely do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.
- DÁVÁM** **NEDÁVÁM** souhlas s přítomností popř. poskytováním zdravotních služeb osob, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, při poskytování zdravotních služeb na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.
- DÁVÁM** **NEDÁVÁM** souhlas s umístěním mého jména na informační tabuli u pokoje a jmenovky na lůžku.
- DÁVÁM** **NEDÁVÁM** souhlas s poskytnutím informace o mé hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení Vividus East, s.r.o. třetím osobám.

Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebudu užívat žádné vlastní léky.

Beru na vědomí, že není v možnostech kliniky (oddělení) zabezpečit můj majetek, který jsem nepředal/a do úschovy, proti odcizení, ztrátě či poškození. Tento majetek si ponechávám ve své dispozici a zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě či poškození.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem a informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mne dle aktuálních informací o mém zdravotním stavu.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.

Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření ve vnitřních prostorách zdravotnického zařízení a zavazuji se jej dodržovat.

Dále prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za event. škody, včetně újmy na zdraví způsobené jejich nesprávnou funkcí (např. holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, nabíječka na telefon, osobní počítač apod.).

Souhlasím s hospitalizací a navrhovaným postupem léčby.

| | |
|---|---------|
| Ve Dvoře Králové nad Labem Dne v hodin | Podpis: |
|---|---------|

| |
|--|
| Jméno a příjmení pacienta: V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat: Důvod: Způsob projevu souhlasu: Svěddek: Jméno a příjmení podpis: |
|--|