

Informovaný souhlas

Prohlášení pacienta / zákonného zástupce – zdravotní služby:

hospitalizace / ambulantní péče

Prohlašuji, že při přijetí do zdravotní péče ve Fakultní nemocnici Ostrava (dále jen FNO) jsem byl(a) lékařem srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován(a) o svém zdravotním stavu, o důvodech poskytnutí zdravotních služeb a o navrženém individuálním léčebném postupu, který může zahrnovat obvyklé diagnostické, laboratorní a zobrazovací vyšetřovací postupy a podávání léčivých přípravků.

Bylo mi umožněno klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny a byl(a) jsem informován(a) o ceně poskytovaných služeb nehraných nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména přenosné choroby.

Prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o právech a povinnostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče a s informací o zdravotním stavu; s možností nahlížení do zdravotnické dokumentace včetně pořizování kopií a opisů.

Prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o tom, že osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo) a údaje související s mým zdravotním stavem ve vztahu k hospitalizaci/ambulantní péči, v rozsahu stanoveném zákonem, podléhají povinnému hlášení Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS).

Svým podpisem (na druhé straně) stvrzuji souhlas, že jsem byl seznámen s důvodem přijetí do zdravotní péče ve FNO a s poskytnutím zdravotnických služeb ve FNO a že s přijetím souhlasím ¹⁾, zároveň stvrzuji svůj souhlas vyjádřený níže v bodech 1 až 5. Beru na vědomí, že tyto souhlasy platí pro všechna zdravotnická pracoviště ve FNO a mohu je kdykoliv změnit nebo odvolat opětovným vyplněním tohoto formuláře. Odvoláním souhlasu/souhlasů není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

1. Prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o možnosti vzdát se informace o mém zdravotním stavu.

Chci být informován ²⁾ / Informace se vzdávám ²⁾

2. Jsem si vědom(a), že FNO je vědecko-výzkumným a výukovým pracovištěm, zejména lékařských fakult a zdravotnických škol.

Souhlasím ²⁾ / Nesouhlasím ²⁾ s přítomností a účastí studentů připravujících se k výkonu zdravotnického povolání a jejich pedagogického dozoru v průběhu poskytovaných zdravotních služeb.

3. Souhlasím ²⁾ / Nesouhlasím ²⁾, aby studenti připravující se k výkonu zdravotnického povolání, jejich pedagogický dozor a zaměstnanci FNO podílející se na vědecko-výzkumné činnosti mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v rozsahu nezbytně nutném a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

4. Souhlasím ²⁾ / Nesouhlasím ²⁾ s tím, aby nezdravotničtí pracovníci interních a externích kontrolních orgánů mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v souvislosti s kontrolou poskytované zdravotní péče.

5. Byl(a) jsem svým ošetřujícím lékařem poučen(a) o významu pořízení audiovizuálních záznamů (např. fotografie, zvukový nebo obrazový záznam), průběhu mé léčby.

Souhlasím ²⁾ / Nesouhlasím ²⁾, aby audiovizuální záznamy mohly být použity pro vědecké a studijní účely a mohly být anonymně prezentovány na seminářích zdravotnických zařízení, na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou.

Pacient byl rovněž informován o správném postupu nakládání s nepoužitelnými léčivy z domácího prostředí, které nepatří do komunálního odpadu. Pacient nepoužitelná léčiva (možno i s obaly) vrací do nemocniční lékárny, která zajistí jejich bezpečnou likvidaci. **Upozornění:** Nepoužitelná léčiva injekčních forem (ostré předměty - injekční jehly, injekční stříkačky s jehlou, prázdné ampule, apod.) předává pacient výhradně v pevných, nepropíchnutelných a spalitelných obalech (nádobách). Odpovídající nádobu si pacient může zakoupit (v nemocniční lékárně).

PROSÍM POKRAČUJTE VE ČTENÍ NA DRUHÉ STRANĚ!

¹ v případě odmítnutí hospitalizace je nezbytné vystavit Negativní revers

² zaškrtněte odpovídající políčko

Z Á Z N A M O SOUHLASU S POSKYTNUTÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

1. Souhlasím³⁾ / Nesouhlasím³⁾ s poskytováním informací o mém zdravotním stavu⁴⁾ (o zdravotním stavu pacienta⁵⁾), a to formou písemnou³⁾ / telefonickou³⁾, nahlížením do zdravotnické dokumentace⁴⁾ a možností pořizovat výpisy, opisy nebo kopie⁴⁾ zdravotnické dokumentace:

a) v **PLNÉM** rozsahu těmto osobám (jméno a příjmení, adresa):

.....
.....
.....

b) v **OMEZENÉM** rozsahu těmto osobám (jméno a příjmení, adresa, rozsah):

..... v rozsahu:

..... v rozsahu:

..... v rozsahu:

2. V případě, že výše uvedené osoby chtějí mít možnost být informováni o zdravotním stavu pacienta telefonicky, musí si po dohodě s lékařem stanovit identifikační heslo pro bezpečnou komunikaci.

Heslo:

Beru na vědomí, že jiné osoby, než je mnou zde uvedeno, nebudou ze strany zdravotnického personálu informovány o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu pacienta⁵⁾). Svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat vyplněním nového formuláře. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

Prohlašuji, že souhlasím, aby níže uvedené osoby mohly vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě v případě, že já nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav tento souhlas nebo nesouhlas sám vyslovit:

Dle Nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) mají pacienti právo být seznámeni se zpracováním a ochranou svých osobních údajů. Proto se na každém pracovišti FNO nachází volně dostupný dokument s názvem „GDPR-Obecné nařízení na ochranu osobních údajů“.

Titul, jméno a příjmení pacienta:		Rodné číslo:	
Titul, jméno a příjmení zákonného zástupce:		Datum narození:	

V Ostravě dne:		PODPIS PACIENTA / ZÁK. ZÁSTUPCE:	
----------------	--	----------------------------------	--

Odpovědný lékař FNO (razítko):		Podpis:	
--------------------------------	--	---------	--

V případě, že pacient nemůže podepsat:

Pacient, vzhledem ke svému zdrav. stavu (důvodem je), nemůže tento Informovaný souhlas opatřit podpisem. Svou vůli (souhlas / nesouhlas) projevil

V tomto případě se Informovaný souhlas opatří podpisem dalšího zdravotnického zaměstnance FNO (svědka):

Zdravotnický zaměstnanec FNO (razítko):		Podpis:	
---	--	---------	--

Tento Informovaný souhlas se zpracovává v jednom vyhotovení, které se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta a stává se její součástí. Na vyžádání pacienta/zákonného zástupce lze vyhotovit kopii.

³ zaškrtněte odpovídající políčko

⁴ specifikujte u uvedené osoby, zda má právo na informace, nahlížení nebo pořizování opisů, výpisů a kopií; není-li uvedeno má tato odoba všechna zde uvedená práva

⁵ prohlašuje-li zákonný zástupce