

.....
pracoviště

Souhlas zákonného zástupce s hospitalizací nezletilého pacienta/pacientky
a případným překladem v rámci
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Pacient/ka /x/ Rodné číslo.....
jméno příjmení titul

zákonný zástupce /x/
jméno příjmení titul

Telefon Adresa

oddělení

Informace o zdravotním stavu a důvod hospitalizace (srozumitelně, laicky)

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se zdravotním stavem mého nezletilého dítěte při jeho přijetí k hospitalizaci, s jeho možným vývojem a informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích při poskytnutí navrhovaných zdravotních služeb. Poučení obsahovalo i jednotlivé plánované zdravotní výkony, jiné možnosti poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnost, přínosy a rizika pro nezletilé dítě ve vztahu k aktuálním informacím o jeho zdravotním stavu.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně a vzal/a jsem je na vědomí.

Beru na vědomí, že v případě nutnosti provést další specializovaný výkon mi bude poskytnuta další informace o plánované zdravotní službě a budu moci vyjádřit svůj názor na konkrétním informovaném souhlasu vztahujícím se ke konkrétnímu výkonu.

Zavazuji se respektovat pravidla pro pobyt ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, která jsou uvedena v domácím řádu FN HK.

Beru na vědomí, že v souladu s platnou právní úpravou se mnou zastupovanému pacientovi/pacientce od zdravotníků dostane srozumitelně podaného poučení o všech plánovaných zdravotních službách v případě, že jim je s ohledem na stupeň rozumové a volní vyspělosti schopen/schopna rozumět. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o jeho/jejím zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit jeho/její léčbu nebo ohrozit jeho/její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Dávám souhlas k tomu, aby v případě nutnosti mu/jí byl odebrán biologický materiál (krev, moč, atd.) k provedení potřebných vyšetření.

Dávám souhlas, aby v případě nutnosti podávání léků nebo krve do žíly, mu/jí byla zavedena kanyla (hadička) do žíly.

Pro zajištění co nejkomplexnější přípravy nové generace zdravotníků je zapotřebí, aby se osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti, stážisté) dostali co nejčastěji do styku s každodenní zdravotnickou praxí. Pouze tímto způsobem si mohou budoucí

zdravotníci osvojit nepostradatelné znalosti a dovednosti nezbytné pro co nejkvalitnější výkon jejich zdravotnického povolání.

Jsem si vědom/a, že Fakultní nemocnice Hradec Králové je výukovým pracovištěm lékařské fakulty, farmaceutické fakulty a zdravotnických škol. Uvědomuji si, že při jeho/její hospitalizaci se může setkávat se studenty, stážisty a jejich vyučujícími. Z tohoto důvodu:

DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížely do její/jeho zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem (tyto osoby jsou vázány povinnou mlčenlivostí ve stejném rozsahu, jako je tomu u zdravotníků).

DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ souhlas s tím, aby byly osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, přítomny při poskytování zdravotní péče její/jeho osobě, tzn., aby tyto osoby mohly pasivně přihlížet. Vždy bude respektován její/jeho aktuální fyzický a psychický stav s tím, že přítomnost těchto osob bude moci být kdykoli odmítnuta.

DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ souhlas s tím, aby se osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, účastnily na poskytování zdravotní péče její/jeho osobě, a to vždy na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem a pod jeho nepřetržitým dohledem, tzn., aby mohly tyto osoby aktivně pečovat o její/jeho zdraví (jedná se pouze o provádění běžných vyšetření, odběrů, apod.).

V souladu s informací uvedenými v Domácím řádu a v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. UDĚLUJI / NEUDĚLUJI tímto souhlas s tím, aby pověření zaměstnanci Fakultní nemocnice Hradec Králové nahlíželi do zdravotnické dokumentace vedené Fakultní nemocnicí Hradec Králové o mé osobě, a s pořizováním výpisů nebo kopií této zdravotnické dokumentace, a to za účelem provádění vědeckovýzkumné činnosti tak, jak je popsáno výše.

Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebude pacient/pacientka užívat žádné vlastní léky.

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

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

Souhlasím s hospitalizací a navrhovaným postupem léčby.

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/řky

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Podpis pacienta/ky (úměrně rozumové
vyspělosti nezletilého dítěte - vždy u věku
14 a více let)

.....
Podpis zákonného zástupce

/x/ vyplní zdravotnický pracovník, nehodící se škrtně