

FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

IČO: 00179906

.....
pracoviště

Souhlas s hospitalizací a případným překladem v rámci Fakultní nemocnice Hradec Králové od pacienta/pacientky, který nechce znát informace o svém zdravotním stavu

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

oddělení

Důvod hospitalizace pouze stručně dle informací podaných pacientovi

.....
V případě, že bude nutné provést další specializovaný výkon, bude předložen konkrétní informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu výkonu.

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

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 Fakultní nemocnice Hradec Králové je výukovým pracovištěm lékařské fakulty, farmaceutické fakulty a zdravotnických škol. Z toho důvodu **DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ 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 /x/ 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.

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.

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, televize, osobní počítač apod.).

Souhlasím s hospitalizací a navrhovaným postupem léčby.

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/ky

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Podpis pacienta/ky

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec, nehodící se škrtně