

Souhlas s hospitalizací v NT, a.s., poskytováním informací, informace pro pacienty a povolení vnesení elektrického spotřebiče do nemocnice

Dnes jsem byl/a přijat/a /moje dítě/ do nemocnice a níže uvedený lékař provedl toto poučení:

1. **Byl/a jsem poučena** o právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížením do zdravotnické dokumentace včetně pořizování opisů, výpisů a kopií.
2. **Byl/a jsem informována** o rozsahu zdravotní péče, která je ve zdravotnickém zařízení poskytována a jsou mi známy důvody hospitalizace.
3. ***Souhlasím/nesouhlasím** s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání/ žáci zdravotních škol, studenti medicíny apod./
4. ***Souhlasím/nesouhlasím** s tím, aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost.
5. ***Souhlasím/nesouhlasím**, aby níže uvedená osoba /osoby/ měla/li právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace/dokumentace mého dítěte/ a mohla z ní pořizovat opisy, výpisy a kopie.
6. ***Souhlasím/nesouhlasím** s poskytováním informací o mém zdravotním stavu/zdravotním stavu mého dítěte/v rozsahu týkajícím se onemocnění, způsobu jeho léčení a prognóze a to níže uvedené osobě/osobám/ a beru na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou.
7. **Byl/a jsem informována o právu na druhý názor podle platných zákonných norem/zákon o zdravotních službách/**, včetně mého práva a práva mých blízkých podílet se na rozhodování o poskytování zdravotní péče mojí osoby.
8. ***Souhlasím/nesouhlasím** se zasíláním kontaktních SMS níže uvedené osobě:

sem se vygeneruje příbuzný s adresou a č. telefonu, mobilu

SMS budou zasílány na telefonní číslo/pokud bude číslo uvedeno, vygeneruje se/

9. **Beru na vědomí**, že odpovědi na telefonické dotazy na můj zdravotní stav budou poskytovány na základě stanovení a sdělení HESLA:

HESLO:.....
zde napsat heslo domluvené s pacientem

V Táboře dne:

Podpis pacienta:.....

Poučení provedl lékař/ka /jméno a podpis/.....

Uložení cenností do centrálního trezoru:

Bylo mi nabídnuto použití centrálního trezoru na cennosti/finanční hotovost, platební karty, šperky, osobní doklady, mobilní telefon apod./.

Jsem si vědom/a toho, že za cennosti, které neuložím do centrálního trezoru nemocnice, personál neodpovídá. **Uložení cenností:** **ANO** ☐ **NE** ☐

Uložené cennosti:.....

Byl/a jsem seznámena s Právy pacientů a Domácím řádem oddělení.

Ty jsou viditelně umístěny ve společných prostorách nebo na lůžkových pokojích a jsou Vám k dispozici. S dotazy se obraťte na staniční sestru nebo sestru ve službě.

Vnesení elektrického spotřebiče do objektu Nemocnice Tábor, a.s. po dobu jeho hospitalizace:

Pacient svým níže uvedeným podpisem potvrzuje, že jím vnesený spotřebič splňuje veškeré právní i další podmínky umožňující jeho bezpečné užívání v objektu. V případě, že vznikne pochybnost o splnění této podmínky, je **nemocnice** oprávněna od pacienta požadovat doložení příslušné dokumentace/např. atest, prohlášení o shodě, platnou el. revizi atd./

Pacient svým níže uvedeným podpisem dále potvrzuje svoji povinnost uhradit v případě škody vzniklé v souvislosti s používáním spotřebiče **v objektu**, tuto veškerou škodu nemocnici či jiným dotčeným subjektům.

Pacient se zavazuje používat vnesený spotřebič tak, aby nerušil ostatní pacienty nemocnice. V opačném případě je **nemocnice** oprávněna používání spotřebiče zakázat.

Pacient bere na vědomí právo nemocnice zakázat používání vneseného spotřebiče v případě, že jeho používání ohrožuje léčebný proces pacienta či ostatních pacientů a nebo narušuje bezpečný provoz jiných technických zařízení nemocnice.

Pacient svým níže uvedeným podpisem potvrzuje svoji povinnost ochrany vneseného spotřebiče před ztrátou či poškozením. Současně souhlasí s právem **nemocnice** odmítnout plnění náhrady škody z důvodů uvedených v první větě tohoto odstavce.

Pacient má právo požádat nemocnici o úschovu vneseného přístroje po dobu nezbytně nutnou. Nemocnice je oprávněna úschovu spotřebiče odmítnout pouze z technických důvodů/např. pro velikost přístroje apod./ V případě, že spotřebič nelze uschovat, je pacient povinen zařídit si odnesení spotřebiče z objektu nemocnice na vlastní náklady.

.....
jmenovka a podpis sestry, zdr. asistenta, PZP

.....
podpis pacienta/ky/ zákonného zástupce

Nemůže-li se pacient podepsat:

Prohlášení svědka:.....
proč se pacient nemohl podepsat a jak projevil souhlas

Jméno svědka:.....

Není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, adresa a datum narození svědka:

.....
Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poučení souhlasí s poskytováním informací o zdravotním stavu v uvedeném rozsahu i s dalšími uvedenými skutečnostmi

Podpis svědka:.....