Nemocnice Znojmo	**POUČENÍ A SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ**

NÁZEV ODDĚLENÍ:	
PACIENT	
Jméno a příjmení (včetně titulů):	
Rodné číslo:	
Trvalé bydliště + telefon:	
Zdravotní pojišťovna:	
ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (v případě dítěte mladšího 18 let), OPATROVNÍK pro oblast zdravotních služeb	
Jméno a příjmení (včetně titulů):	
Datum narození:	
Trvalé bydliště + telefon:	
Vztah k pacientovi: (zaškrtněte)	□ zákonný zástupce □ opatrovník

Důvod hospitalizace: (zaškrtněte) □ **plánovaná hospitalizace** □ **akutní hospitalizace**

Já, pacient (zákonný zástupce, opatrovník), prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně lékařem informován/a o důvodech a nutnosti hospitalizace, a byl/a jsem seznámen/a s právem kdykoli hospitalizaci odmítnout či přerušit. Beru na vědomí, že toto eventuální rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na další přístup k mé osobě jako k pacientu Nemocnice Znojmo ze strany lékaře a ošetřujícího personálu. Tímto prohlašuji, že jsem způsobilý/á k udělení tohoto souhlasu. O provedení **dalších výkonů** budu informován/a zdravotnickým pracovníkem, a tyto výkony mi budou provedeny na základě mého konkrétního informovaného souhlasu, vyjma situací, v nichž lze dle obecně závazných právních předpisů poskytnout výkon bez mého souhlasu. Prohlašuji, že veškeré informace o mém zdravotním stavu, které jsem při přijetí k hospitalizaci uvedl, jsou pravdivé. Beru na vědomí, že uvedení nepravdivých údajů o mém zdravotním stavu mohou nepříznivě ovlivnit mou léčbu či ohrozit mé okolí.

PODÁVÁNÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

A. **Beru na vědomí, že se mohu vzdát podání informací o mém zdravotním stavu.** Po dobu hospitalizace: (zaškrtněte)
- □ chci být informován/a o mém zdravotním stavu
- □ vzdávám se podání informace o mém zdravotním stavu
- □ není schopen projevit vůli

B. **SOUHLASÍM s podáváním informací o mém zdravotním stavu:** - dávám tímto souhlas níže uvedeným osobám, které budou mít právo obdržet informace o mém zdravotním stavu, nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, pořizovat výpisy a kopie mé zdravotnické dokumentace, právo vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, pokud jej nebudu s ohledem na svůj zdravotní stav moci vyslovit, a to v plném rozsahu.

I. Jméno a příjmení:
Datum narození:
Telefon:
Příbuzenský vztah: (zaškrtněte) □ ano □ ne uveďte:

II. Jméno a příjmení:
Datum narození:
Telefon:
Příbuzenský vztah: (zaškrtněte) □ ano □ ne uveďte:

Informace o mém zdravotním stavu mohou být výše určeným osobám **poskytovány následujícím způsobem** (Informace o mém zdravotním stavu po telefonu lze poskytovat pouze osobám výše uvedeným a jen v případě uvedení komunikačního hesla/PIN) (zaškrtněte)
- □ osobně
- □ telefonicky PIN/heslo: (určí pacient/zákonný zástupce/opatrovník)

C. **Vyslovení zákazu podávání informací o mém zdravotním stavu:** *(zaškrtněte)*
- □ vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě
- □ vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu konkrétní osobě (uveďte)

Jméno a příjmení, datum narození:
Jméno a příjmení, datum narození:

D. **Beru** na vědomí, že **okruh osob uvedený pod body č. B a C mohu kdykoli ZMĚNIT** a svůj **souhlas či zákaz** poskytovat těmto osobám informace o mém zdravotním stavu, jakož i jakýkoli jiný udělený souhlas či zákaz **mohu kdykoli změnit nebo odvolat.**

Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace | MUDr. Jana Janského 2675/11 | 669 02 Znojmo
IČO: 00092584 | DIČ: CZ00092584 | KS Brno 11. 10. 2003, oddíl Pr, vložka 1229
Datová schránka: he9k6qg | info@nemzn.cz
www.nemzn.cz

Nemocnice Znojmo	**POUČENÍ A SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ**

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a **s vnitřním řádem NZ** a byl/a jsem poučen/a, že se **k mé léčbě budou používat pouze léky ordinované ošetřujícím lékařem Nemocnice Znojmo**. Bez souhlasu ošetřujícího lékaře NZ nebudu užívat žádné léky. Veškeré léky, které jsem pro sebe případně přinesl/a do NZ, odevzdám ošetřujícímu personálu (sestře) a tyto mi budou vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu (sestry), beru na vědomí svou případnou odpovědnost pro případ jejich zneužití třetí osobou. Současně beru na vědomí, že se v tomto případě jedná o hrubé porušení vnitřního řádu NZ, které může vést až k ukončení mé hospitalizace. Výše uvedené je platné i pro doprovod dětského pacienta hospitalizovaného na Dětském oddělení.

Studenti vykonávající praxi v NZ se mohou podílet na mém ošetřování včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace
□ ANO □ NE

□ S hospitalizací v Nemocnici Znojmo souhlasím
□ S hospitalizací v Nemocnici Znojmo nesouhlasím
□ Neschopnost projevit vůli

Ve Znojmě dne …… v …….. hod

…… ……
podpis pacienta /zákonného zástupce / opatrovníka jmenovka (razítko) a podpis lékaře

……
podpis nezletilého pacienta / pacienta s ustanoveným zástupcem

---

Vyplní lékař v případě nemožnosti podpisu pacienta

Pacient/ka není schopen/a podpisu z důvodu: (zaškrtněte)
□ poruchy řeči (afázie, dyslálie, dysartrie atd.)
□ fyzické omezení (paréza, obrna, třes, poranění dominantní ruky)

Způsob projevu souhlasu: (zaškrtněte)
□ zřetelným vyslovením slova „ANO“
□ souhlasným gestem (přikývnutím hlavou, stiskem ruky)

Ve Znojmě dne …… v …….. hod

…… ……
jmenovka (razítko) a podpis svědka (NLZP) jmenovka (razítko) a podpis lékaře

---

Vyplní lékař v případě nemožnosti projevit vůli pacienta, nepřítomnosti zákonného zástupce/opatrovníka

Pacient/ka není schopen/a projevit vůli z důvodu: (zaškrtněte)
□ kvalitativní poruchy vědomí (delirium, amence, obnubilace, demence)
□ kvantitativní poruchy vědomí (somnolence, sopor, kóma)

Pokud není vysloven a podepsán souhlas samotného pacienta, zákonného zástupce nebo opatrovníka **do 24 hodin od počátku hospitalizace**, je nutno **nahlásit tuto skutečnost Okresnímu soudu Znojmo**.

Ve Znojmě dne …… v …….. hod

……
jmenovka (razítko) a podpis lékaře

Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace | MUDr. Jana Janského 2675/11 | 669 02 Znojmo
IČO: 00092584 | DIČ: CZ00092584 | KS Brno 11. 10. 2003, oddíl Pr, vložka 1229
Datová schránka: he9k6qg | info@nemzn.cz
www.nemzn.cz