

PÍSEMNÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Pacient: _____	RČ: _____
Bydliště: _____	ZP: _____
Zákonný zástupce: _____	Tel.: _____
Oddělení: _____	
Důvod přijetí do ústavní péče: _____	

1. Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s důvodem k mé²⁾ hospitalizaci a že **s hospitalizací souhlasím.**

V Uherském Hradišti dne _____ v _____ hod. _____ min.

podpis pacienta (zákonného zástupce) *jméno, příjmení a podpis lékaře*

V případě že se pacient nemůže podepsat:

důvod: _____,

způsob projevu souhlasu: _____,

jméno a příjmení svědka: _____, podpis svědka: _____.

2. Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s diagnostickou rozvahou, plánem péče a terapeutickými opatřeními.
3. Prohlašuji, že jsem se seznámil(a) a zavazuji se dodržovat *Domácí řád hospitalizovaných pacientů a Práva a povinnosti pacienta* (tyto dokumenty jsou mi v písemné podobě k dispozici na patientském pokoji). Výslovně se zavazuji dodržovat zákaz kouření a zákaz vnášení zbraní a dalších život a zdraví ohrožujících prostředků do nemocnice.
4. Prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o možnosti vyplnit *Dotazník spokojenosti* a vhodit jej do určené schránky.
5. Beru na vědomí, že vizity prováděné ošetřujícím lékařem a primářské vizity jsou organizovány na patientských pokojích a souhlasím s tím, že budou vedeny v přítomnosti pacientů hospitalizovaných na daném pokoji (předávání informací bude prováděno diskrétně, s ohledem na pacientovo soukromí a stud, při respektování zákona o ochraně osobních údajů).
6. Beru na vědomí, že Uherskohradištská nemocnice a. s. je výukovým zdravotnickým zařízením a dávám tímto souhlas k nahlížení do mé zdravotnické dokumentace osobám podílejícím se na výuce.
7. Dávám tímto souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace všem osobám vykonávajícím kontrolu kvality a úrovně poskytované péče, přičemž tyto osoby jsou vázány mlčenlivostí.
8. Prohlašuji, že jsem byl(a), jako poživatel důchodu, informován(a) o možnosti jeho doručování za předpokladu, že doba hospitalizace potrvá déle než 1 kalendářní měsíc. Souhlasím, aby byl po dobu mé hospitalizace důchod uložen v nemocniční pokladně.
9. V případě mého²⁾ zaviněného jednání, jimž dojde ke škodě na majetku nemocnice, se zavazuji takto vzniklou škodu v plné výši uhradit.

10. Souhlasím³⁾, aby syn/dcera (osoba mě svěřená do péče) byl(a), v případě propustky, vycházky nebo propuštění z oddělení předán(a) jiné osobě než je rodič nebo jiný zákonný zástupce či opatrovník: ANO – NE¹⁾, a to této osobě:

Jméno a příjmení: _____	Tel.: _____
Jméno a příjmení: _____	Tel.: _____

11. V souladu s vyhláškou č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, v platném znění a vyhláškou č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, v platném znění souhlasím se zařazením³⁾ syna/dcery (osoby mně svěřené do péče) do mateřské/základní školy při zdravotnickém zařízení a s tím, že forma vzdělávání bude stanovena po dohodě s ošetřujícím lékařem.
12. Uděluji tímto poskytovateli zdravotních služeb souhlas, aby v souvislosti s poskytováním lékařské a ošetrovatelské péče v nezbytné míře pořizoval obrazovou a video dokumentaci o průběhu vyšetření, operace či ošetření, při maximálnímu respektování ochrany mé osobnosti. Tato fotodokumentace a video dokumentace je součástí mé zdravotnické dokumentace.
13. Souhlasím, aby o mém²⁾ zdravotním stavu byly informovány, případně do mé zdravotnické dokumentace byly oprávněny nahlížet, pořizovat si z ní výpisy, opisy či kopie, tyto osoby:

Jméno a příjmení: _____	Tel.: _____
Vztah k pacientovi: _____	Bydliště: _____
Oprávnění dostávat informace o zdravotním stavu: ANO – NE ¹⁾ , oprávnění nahlížet do dokumentace: ANO – NE ¹⁾ .	
<hr/>	
Jméno a příjmení: _____	Tel.: _____
Vztah k pacientovi: _____	Bydliště: _____
Oprávnění dostávat informace o zdravotním stavu: ANO – NE ¹⁾ , oprávnění nahlížet do dokumentace: ANO – NE ¹⁾ .	

14. Zakazuji podávat informace jakékoliv osobě o mém²⁾ zdravotním stavu ANO – NE¹⁾.
Zakazuji jakékoliv osobě nahlížet do mé²⁾ zdravotnické dokumentace ANO – NE¹⁾.
15. Uděluji Uherskohradištské nemocnici a.s. souhlas se zpracováním osobních údajů a prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s tím, že informace o rozsahu a způsobu zpracování a dalších mých právech souvisejících s ochranou osobních údajů získám na všech odděleních a ambulancích.

V Uherském Hradišti dne _____ v _____ hod. _____ min.	
_____	_____
<i>podpis pacienta (zákonného zástupce)</i>	<i>jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka</i>
V případě že se pacient nemůže podepsat:	
důvod: _____,	
způsob projevu souhlasu: _____,	
jméno a příjmení svědka: _____, podpis svědka: _____.	

1) nehodící se škrtněte
2) v případě souhlasů dávaného rodičem nebo zákonným zástupce se rozumí hospitalizované dítě nebo osoba svěřená do péče
3) je-li hospitalizovanou osobou dítě