

## Souhlas s poskytováním informací

### 1. Podávání informací o zdravotním stavu

A.  Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoli osobě

B. Dávám tímto souhlas, aby o mém zdravotním stavu byli informováni:

- jméno, příjmení ..... vztah:.....  
telefon .....
- jméno, příjmení .....vztah: .....  
telefon .....

Tyto osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat výpisy a kopie

- ANO                       NE

(v Prvním privátním chirurgickém centru spol. s.r.o může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí, přesáhnou náklady spojené s jejich pořízením.)

C. Souhlasím s informováním mnou určených osob o mém zdravotním stavu

- v plném rozsahu  
 pouze v následujícím rozsahu (prosím uveďte)

.....

D. Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem

- ústně  
 telefonicky

ID kód:.....

Informace o mém zdravotním stavu po telefonu lze poskytovat pouze osobám výše uvedeným a jen v případě uvedení ID kódu.

E. Souhlasím se sdělováním informací týkající se mého zdravotního stavu při vizitách před ostatními pacienty.

- ANO                       NE

2. Jsem seznámen/a:

- s Domácím řádem oddělení, s Právy pacientů, (tyto dokumenty jsou viditelně vyvěšeny na oddělení)
- s obsluhou signalizačního zařízení, obsluhou polohovacího lůžka
- s možností uložit cennosti, finanční hotovost a další majetek do úschovny na oddělení a v pracovní dny do trezoru nemocnice a jsem poučen/a, že v případě nevyužití této možnosti v Prvním privátním chirurgickém centru spol. s r. o nezodpovídá za případné ztráty mého majetku

3. Souhlasím s označením lůžka jménem a datem narození

- ANO                       NE

4. Mé osobní údaje a údaje ze zdravotnické dokumentace týkající se mého zdravotního stavu budou poskytnuty v případě poškození mého zdraví pojišťovně, u které má v Prvním privátním chirurgickém centru spol. s.r.o. pojištění odpovědnost za škodu a pojistnému makléři spravujícímu tato pojištění. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.

ANO

NE

5. Pokud v průběhu mé hospitalizace budou pořízeny audiovizuální záznamy mé léčby, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích zdravotnického zařízení, na kongresech, eventuálně publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jen z těch částí mého těla, které přímo souvisejí s léčbou. Nebudou u těchto prezentací zveřejňovány mé osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé osobní údaje (datum narození, rodné číslo) ani další znaky, které by vedly k identifikaci mé osoby.

ANO

NE

6. Byl/a jsme poučen/a, že v Prvním privátním chirurgickém centru spol. s.r.o. se k mé léčbě budou používat pouze léky ordinované mi ošetřujícím lékařem. Bez souhlasu lékaře nebudu užívat žádné léky. Veškeré léky, které jsem pro sebe případně přinesl do nemocnice, odevzdám ošetřujícímu personálu a tyto mi budou vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu, přebírám veškerou odpovědnost v případě zneužití třetí osobou.

7. Prohlašuji, že veškeré elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví Prvního privátního chirurgického centra spol. s.r.o. které budu v nemocnici používat, jsou bez závad a budou používány v souladu s řádem oddělení. Jsem srozuměn/a, že jsem případně zodpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

8. Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření ve vnitřních prostorách nemocnice a zavazuji se jej dodržovat.

V Hradci Králové dne .....v.....hodin

.....  
podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....  
jmenovka a podpis sestry/NLZP

V případě neoznačení políček ANO - NE se předpokládá, že pacient projevuje souhlas s daným faktem.