

Záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu

1) POUČENÍ

Pacient má právo být srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Informace by měla zahrnovat nejen údaje o příčině, původu, stádiu a předpokládaném vývoji onemocnění, ale i o účelu, povaze, přínosu, důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, a o jejich případných alternativách. Dále má pacient právo být informován o další potřebné léčbě a následných omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na jeho zdravotní stav. Pacient je oprávněn klást dotazy, které musí být srozumitelně zodpovězeny. Tyto informace pacientovi poskytne ošetřující lékař, nebo dle povahy výkonu jiný odborně způsobilý zdravotnický pracovník.

Veškeré výkony budou provedeny až po souhlasu pacienta, který bude zaznamenán do zdravotnické dokumentace, popřípadě bude pacient vyzván k podpisu příslušného písemného informovaného souhlasu. Stejně tak může pacient kterýkoliv výkon odmítnout.

Pacient se rovněž může podání informace o zdravotním stavu vzdát. K vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob.

V rámci léčby smí pacient nahlížet v přítomnosti **pověřeného** pracovníka do své zdravotnické dokumentace a pořizovat z ní kopie. Je rovněž oprávněn požádat poskytovatele zdravotních služeb o vyhotovení výpisu ze své zdravotnické dokumentace.

Pacient může určit osobu/y, která/é smí být informována/y o jeho zdravotním stavu nebo se vzdát práva na podání uvedených informací, popřípadě vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě **blízké, která by za okolností stanovených ust. § 33 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas s poskytováním informací nepotřebovala**. Pacient smí dále zakázat nahlížení do své zdravotnické dokumentace ze strany osob získávajících způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a dále ze strany zdravotnických pracovníků, pod jejichž přímým vedením je prováděna výuka a praxe daných osob. **Ostatním osobám, které dle zákona souhlas pacienta k podání informací nepotřebují, zejm. osobám uvedeným v ust. § 65 odst. 2 zákona o zdravotních službách, zákaz podávání informací není možno vyslovit. Určení osoby, která smí být informována, nebo vyslovení zákazu je možno kdykoliv odvolat. Osoba určená pacientem má taková práva, která určil sám pacient.**

Určené osoby jsou oprávněny v rozsahu stanoveném pacientem k přijetí informací o jeho zdravotním stavu, včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace o něm vedené, nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, k pořizování výpisů nebo kopií těchto dokumentů, a k vyjádření souhlasu či nesouhlasu s tím, aby mu byly poskytovány zdravotní služby, nebude-li schopen takový souhlas vyslovit.

Poskytovatel zdravotních služeb pacienty upozorňuje, že v případě podstoupení léčby IVF je nutné, aby si léčený pár navzájem udělil souhlas se sdělováním informací o zdravotním stavu, neboť léčba obou partnerů je provázána a často nelze informace o zdravotním stavu jednoho z partnerů oddělit od informací o zdravotním stavu druhého z partnerů.

2) URČENÍ OSOB, KTERÝM LZE SDĚLIT INFORMACE O MÉM ZDRAVOTNÍM STAVU

a) Informace o svém zdravotním stavu si přeji sdělit následující osobě:

Jméno:	
Datum narození:	
Bydliště:	
E-mail:	
Telefon:	

příp.

Jméno:	
Datum narození:	
Bydliště:	
E-mail:	
Telefon:	

b) Rozsah informace, kterou lze sdělit určeným osobám:

Přeji si sdělit veškeré informace o svém zdravotním stavu.

[ANO] [NE]

Přeji si sdělit pouze následující informace o svém zdravotním stavu.

- c) Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným osobám poskytovány vždy osobně, telefonicky (po sdělení přiděleného jedinečného ID kódu), e-mailem nebo písemně¹.
- d) Určená osoba nebo osoby mají právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb pacientovi, pokud tak nemůže učinit sám pacient.

[ANO] [NE]

3) URČENÍ OSOB, KTERÝM NELZE SDĚLIT INFORMACE O MÉM ZDRAVOTNÍM STAVU

Byl/a jsem informován/a, že osoby mně blízké, jak jsou definovány v ust. § 22 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, nepotřebují můj souhlas s poskytováním informací o mém zdravotním stavu, v případě, že já nemohu s ohledem na svůj zdravotní stav souhlas udělit. Těmto osobám však mohu do budoucna nahlížení do mé zdravotnické dokumentace, resp. sdělení informací o mém zdravotním stavu, zakázat.

Výslovně si přeji, aby informace o mém zdravotním stavu nebyly sdělovány následující osobě blízké:

Jméno:		příp.	Jméno:	
Datum narození:			Datum narození:	
Bydliště:			Bydliště:	

případně:

přeji si, aby informace o mém zdravotním stavu nebyly nikomu sdělovány.

[ANO] [NE]

4) URČENÍ OSOB, KTERÉ MAJÍ PRÁVO NAHLÍŽET DO MÉ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, PŘÍPADNĚ POŘIZOVAT VÝPISY A KOPIE

- a) Osoba nebo osoby určené v sekci 2) mají právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace.
[ANO] [NE]
- b) Osoba nebo osoby určené v sekci 2) mají právo pořizovat výpisy a kopie mé zdravotnické dokumentace.
[ANO] [NE]
- c) Osoba nebo osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a zdravotničtí pracovníci, pod jejichž přímým vedením je prováděna výuka a praxe daných osob mají právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky.
[ANO] [NE]

¹ Nežádoucí škrtněte, pokud nebude škrtnuta žádná varianta, sdělujete tím, že souhlasíte s poskytováním informací všemi uvedenými způsoby.

5) PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Potvrzuji svým podpisem, že jsem měl/a možnost si tento dokument podrobně prostudovat a položit příslušnému zdravotnickému pracovníkovi jakékoli související otázky. Moje otázky mi byly srozumitelně zodpovězeny k mojí spokojenosti. Prohlašuji, že nemám dalších dotazů, prohlášení jsem dobře pochopil/a.

Jméno pacienta:	
Rodné číslo:	
ID kód:	
Datum:	
Podpis:	

Podpis zdravotnického pracovníka:

Prohlašuji, že pacient tento záznam přede mnou vyplnil a osobně přede mnou podepsal, případně přede mnou výslovně prohlásil, že jej sám vyplnil a podepsal.

V dne

Jméno a podpis zdravotnického pracovníka