



**OBLASTNÍ NEMOCNICE  
PŘÍBRAM, a. s.**

Oblastní nemocnice Příbram, a.s.  
Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01  
IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

## Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací (část 1)

Oddělení: .....

Jméno a příjmení pacienta: .....

Datum narození: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Datum narození: .....

**Já níže podepsaný pacient / zák. zástupce tímto prohlašuji,**

že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval o důvodu mé hospitalizace a způsobu léčby, a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na mou léčbu.

Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy, které mi byly zodpovězeny, a další otázky nemám. Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil, a **souhlasím s navrženou hospitalizací.**

- 1) **Souhlasím** s tím, že bez souhlasu ošetřujícího lékaře nebudu užívat žádné léky.
- 2) **Přeji si** \* dostávat informace o svém zdravotním stavu.
- 3) **Souhlasím** \* s tím, aby v rámci výuky studenti zdravotnických škol a studenti lékařských fakult nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a byli přítomni při vyšetření; souhlas nahlížet do zdravotnické dokumentace platí i pro členy akreditační komise a osoby sledující kvalitu poskytované péče.
- 4) **Souhlasím** \* s tím, abych byl během lékařské vizity seznamován se skutečnostmi, které se týkají změny a vývoje mého zdravotního stavu.
- 5) **Beru na vědomí**, že v případě výskytu neočekávaných komplikací budou provedeny všechny kroky vedoucí k záchraně mého života a zdraví. Dále souhlasím s vyšetřením na HIV, bude-li to z medicínského hlediska potřebné. Dle znění zákona 372/2011 Sb.
- 6) **Souhlasím** s tím, že v rámci léčebného režimu mohou být k ochraně mého zdraví, života nebo bezpečnosti použity po dobu nezbytně nutnou omezovací prostředky (postranice u lůžka aj.).

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s navrženou hospitalizací, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce: ..... Datum: .....

Prohlašuji, že jsem pacienta / zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležitě vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient / zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře a podpis: ..... Datum: .....

**\* v případě nesouhlasu bod přeškrtněte**

**Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací (část 2)**

Oddělení: .....

Jméno a příjmení pacienta: .....

Datum narození: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Datum narození: .....

- Souhlasím / nesouhlasím\*** s tím, že mi bude umístěn identifikační štítek na horní, případně dolní končetinu.
- Pro podávání informací o mém zdravotním stavu (ZS), pro nahlížení do mé zdravotnické dokumentace (ZD) a vyslovení zástupného souhlasu určuji tyto osoby:**

Jméno, příjmení	Bydliště	Telefon	Informace o ZS*		Nahlížení do ZD*		Vyslovit zástupný souhlas*	
			ano	ne	ano	ne	ano	ne

Pro identifikaci volajícího volím toto heslo: .....

Vyslovuji **zákaz** s podáváním jakýchkoliv informací o své osobě: (zvolenou variantu zakroužkujte)

- jakékoliv osobě
- těmto osobám (jméno, příjmení):

\*zvolenou variantu zakroužkujte, nehodící se škrtněte

**Poučení**

Domácí řád oddělení a práva pacientů (charta práv dětí) jsou viditelně umístěny ve společných prostorách oddělení (pokoje, chodba) a jsou Vám k dispozici.

**Za finanční obnos a cennosti, které neuložíte do úschovy personálu na oddělení nebo do centrálního trezoru, nemocnice neodpovídá.**

Používání soukromých elektrických spotřebičů je na vlastní nebezpečí. Pacient prohlašuje, že jím přinesené spotřebiče splňují bezpečnostní normy a jsou certifikované pro užití. Pacient nese zodpovědnost za případnou škodu, kterou spotřebič může způsobit.

**Povinnosti pacientů**

Pacient je povinen při poskytování zdravotních služeb dodržovat navržený individuální léčebný postup, řídit se *Vnitřním řádem zdravotnického zařízení pro pacienty* (dostupný na pokojích pacientů), informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu včetně informací o infekčních nemocech, nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře vyšetření za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

**V případě porušení těchto ustanovení vycházejících ze zákona o zdravotních službách číslo 372/2011 Sb. může být hospitalizace pacienta, který není v ohrožení života, ukončena.**

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: ..... Datum: .....

Jmenovka sestry, datum a podpis: .....