

SOUHLAS S PŘIJETÍM DO ÚSTAVNÍ PÉČE

Svým níže uvedeným podpisem stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s důvodem přijetí do ústavní péče a že s přijetím souhlasím.

SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ A S NAHLÍŽENÍM DO DOKUMENTACE

- a) Prohlašuji, že **souhlasím s poskytováním informací** o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu pacienta, kterého jsem zákonným zástupcem) **těmto osobám** a zároveň souhlasím s **jejich nahlížením do mé zdravotnické dokumentace** včetně pořizování opisů, výpisů a kopií:

Jméno a příjmení	Vztah k pacientovi	Telefon
1.		
2.		
3.		

(v případě pochybností vyžádat průkaz totožnosti)

- b) Prohlašuji, že **souhlasím s telefonickým poskytováním informací** o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu pacienta, kterého jsem zákonným zástupcem) poté, co volající sdělí zdravotnickému personálu ověřovací kód:

--	--	--	--	--

kód obdrží pacient při příjmu

(možno nalepit štítek s číslem chorobopisu)

- c) Prohlašuji, že osoba uvedená na pozici **1.** ve výše uvedené tabulce má právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mně, pokud tak nemůžu sám učinit. V případě, že se změň můj zdravotní stav a nebudu moct vyslovit souhlas, může tento souhlas vyslovit určená osoba.

ano ne

d) **Zakazuji** podávat informace o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu pacienta, kterého jsem zákonným zástupcem) jakékoliv osobě.

e) **Vzdávám se** podání informace o svém zdravotním stavu (zdravotním stavu pacienta, kterého jsem zákonným zástupcem) - nevztahuje se na pacienty, kteří trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž mohou ohrozit zdraví nebo život jiných osob.

..... pacient (zákonný zástupce) datum zdravotnický pracovník/ dokumentátorka
-------------------------------------	----------------	--

Jméno a příjmení zákonného zástupce*:

V případě, že pacient (zákonný zástupce) není schopen podpisu:

z důvodu:

způsob projevu souhlasu:

svědek (zdrav. pracovník):
jméno a příjmení	podpis

**vyplní se v případě, že pacienta zastupuje zákonný zástupce*