

Poučení a obecný informovaný souhlas S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ

Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):		Datum narození:	
Telefonní číslo zákonného zástupce:			

Souhlasím s tím, aby zdravotničtí auditoři kvality (interní a externí) mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Audity kvality, spojené s kontrolou zdravotnické dokumentace, se provádějí pro zajištění většího bezpečí pacientů a pro zvýšení kvality lékařské a ošetrovatelské péče. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE
Souhlasím s přítomností studentů při mém ošetření. Přičemž ošetření bude vždy provádět kvalifikovaný zdravotnický personál.	ANO	NE
Pacient / zákonní zástupci byli poučeni o právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížení do zdravotnické dokumentace včetně pořizování opisů, výpisů a kopií.	ANO	NE
Pacient / zákonní zástupci souhlasí s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu v rozsahu týkajícím se onemocnění, způsobu jeho léčení a prognóze níže uvedené osobě (osobám) a berou na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou.	ANO	NE
Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba (osoby):	ANO	NE
Telefonická identifikace volajícího - číslo za lomítkem rodného čísla pacienta (nebo svěřené osoby).		
Jméno a příjmení:	Adresa:	Tel.č.:
Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo:		
a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace	ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, kopie z mé zdravotnické dokumentace*	ANO	NE

*Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením (§ 66 odst. 3) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Datum:	Hodina:	Podpis pacienta(ky) / nebo zákonného zástupce (opatrovníka)	Podpis lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení	

Pokud se pacient(ka), zákonný zástupce nemůže podepsat, uvedte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:			
Jak pacient(ka), zákonný zástupce projev(a)l svou vůli: (např. ústně potvrdil všechna prohlášení)			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka / svědka	Podpis zdravotnického pracovníka / svědka	Datum:	Hodina: