

## Informovaný souhlas s hospitalizací

Identifikační údaje pacienta/tky	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	
Oddělení	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Vztah k pacientovi	

Důvod hospitalizace: .....

Já, pacient/ka (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně lékařem informována o důvodech a nutnosti hospitalizace, o akutním zdravotním stavu a s jeho možným vývojem, o výhodách diagnostického a léčebného postupu a o jeho předpokládané úspěšnosti a důsledcích. Rovněž jsem byl/a seznámena s důsledky a možnými komplikacemi, riziky a následky pokud hospitalizaci odmítnu a s alternativními postupy při samotné léčbě či diagnostice. Dále mi byly objasněny možné problémy během uzdravování a možná omezení v obvyklém způsobu života. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno.

Byl/a jsem seznámen/a s právem kdykoliv hospitalizaci odmítnout či přerušit. Beru na vědomí, že toto eventuální rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na další přístup k mé osobě jako k pacientovi nemocnice ze strany lékaře a ošetřujícího personálu. Jsem způsobilá/ý k podpisu tohoto souhlasu.

Souhlasím s prováděním zdravotnických úkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby např. aplikace injekcí, infuzí, odběry biologického materiálu, kanylace periferní žíly a další potřebné a kontrolní vyšetřovací zdravotnické výkony, metody.

O provedení specializovaných výkonů budu informován lékařem, který mně v určených případech kromě nezbytné ústní informace předloží k podpisu i konkrétní informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších organizačních a léčebných kroků (opatření) nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby tyto byly provedeny dle uvážení lékaře.

Prohlašuji, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o svém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí.

### Vzdání se podání informací o mém zdravotním stavu

Prohlašuji, že jsem byla poučena o možnosti vzdání se podání informací o mém zdravotním stavu.

ANO

NE

Chci být informována o mém zdravotním stavu.

ANO

NE



Nemocnice Nymburk s.r.o.

Boleslavská 425

288 01 Nymburk

IČO: 28762886

tel.: 325 505 111

IS\_NNBK\_001  
Souhlas s hospitalizací

## S hospitalizací souhlasím.

V Nymburce dne .....v.....hodin

.....  
**podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka)**

.....  
**podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let**

.....  
**jmenovka a podpis lékaře**

Vyplní lékař v případě neschopnosti podpisu:

Pacient/ka není schopen (a) podpisu z důvodu: .....

Způsob projevu souhlasu: .....

Jméno a příjmení svědka (není-li svědek zaměstnancem nemocnice, uveďte i adresu a datum narození svědka).

.....

V Nymburce dne ..... v ..... hodin

.....  
**Podpis svědka**

.....  
**podpis lékaře**