

Prohlášení spojené s hospitalizací

1. Podávání informací o zdravotním stavu

- A. Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoli osobě
- B. Dávám tímto souhlas, aby o mém zdravotním stavu byli informováni:
- Jméno, příjmení.....vztah:.....
telefon.....
 - Jméno, příjmení.....vztah:.....
Telefon.....

Tyto osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat výpisy a kopie

ANO

NE

(Nemocnice Nymburk s.r.o. může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením.)

C. Souhlasím s informováním mnou určených osob o mém zdravotním stavu

v plném rozsahu

pouze v následujícím rozsahu (prosím uveďte)

D. Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem

ústně

písemně

telefonicky (pouze s PIN/heslem)

PIN/heslo:.....

Informace o mém zdravotním stavu po telefonu lze poskytovat pouze osobám výše uvedeným a jen v případě uvedení komunikačního hesla/PIN. Pokud neurčím jinak, heslo tvoří první čtyři číslice rodného čísla.

E. Souhlasím se sdělováním informací týkající se mého zdravotního stavu při vizitách před ostatními pacienty.

ANO

NE

2. Jsem seznámen/a:

- S Domácím řádem oddělení, s Právy pacientů, s Chartou práv dětí v nemocnici (tyto dokumenty jsou viditelně vyvěšeny na oddělení)
- S obsluhou signalizačního zařízení, obsluhou polohovacího lůžka
- S možností uložit **cennosti**, finanční hotovost a další majetek do úschovny na oddělení a v pracovní dny do trezoru nemocnice a jsem poučen/a, že v případě nevyužití této možnosti Nemocnice Nymburk s.r.o. nezodpovídá za případné ztráty mého majetku.
- se zákazem požívání alkoholu a jiných návykových látek během hospitalizace a povinnosti podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře vyšetřením za účelem prokázání, zda jsem nebo nejsem pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky (z. 379/2005 Sb., §16, odst. (4)).

3. Souhlasím s umístěním identifikačního náramku na zápěstí (kotník), který bude obsahovat mé jméno, příjmení, datum narození, kód zdravotní pojišťovny a identifikaci lůžkového oddělení.
 ANO NE
4. Na mém ošetřování se mohou účastnit studenti lékařských fakult, studenti nelékařských zdravotnických oborů, kteří zde provádějí praxi pod dohledem odborného zdravotnického personálu Nemocnice Nymburk s.r.o.
 ANO NE
5. Mé osobní údaje a údaje ze zdravotnické dokumentace týkající se mého zdravotního stavu budou poskytnuty v případě poškození mého zdraví pojišťovně, u které má Nemocnice Nymburk s. r. o. pojištění odpovědnost za škodu a pojistnému makléři spravujícímu tato pojištění. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.
 ANO NE
6. Pokud v průběhu mé hospitalizace budou pořízeny audiovizuální záznamy mé léčby, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích zdravotnického zařízení, na kongresech, eventuálně publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jen z těch částí mého těla, které přímo souvisejí s léčbou. Nebudou u těchto prezentací zveřejňovány mé osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé osobní údaje (datum narození, rodné číslo) ani další znaky, které by vedly k identifikaci mé osoby.
 ANO NE
7. Byl/a jsme poučen/a, že v Nemocnici Nymburk s. r. o., k mé léčbě budou používat pouze léky, ordinované mi ošetřujícím lékařem. Bez souhlasu lékaře nebudu užívat žádné léky. Veškeré léky, které jsem pro sebe případně přinesl do nemocnice, odevzdám ošetřujícímu personálu a tyto mi budou vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu, přebírám veškerou odpovědnost v případě zneužití třetí osobou.
 ANO NE
8. Prohlašuji, že veškeré elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví Nemocnice Nymburk, s. r. o. a které budu v nemocnici používat, jsou bez závad a budou používány v souladu s řádem oddělení. Jsem srozuměn/a, že jsem případně zodpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.
 ANO NE
9. Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření v celém areálu nemocnice a zavazuji se jej dodržovat.

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

.....
Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka)

.....
Podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let

.....
jmenovka a podpis sestry/ NLZP

V případě neoznačení políček ANO – NE se předpokládá, že pacient projevuje souhlas s daným faktem.

Dokument je duševním vlastnictvím Nemocnice Nymburk s.r.o. a je určen výhradně pro potřebu jejich zaměstnanců.