



## Informovaný souhlas s doprovodem osoby blízké u porodu

Já, níže podepsaný/á \_\_\_\_\_ R. Č.: \_\_\_\_\_

vztah k rodičce \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost podrobně se seznámit s domácím řádem porodnického oddělení, kde chci být přítomen / přítomna u porodu a zavazuji se dodržovat tento řád.

Osobou blízkou se rozumí zletilá osoba, kterou si rodička označila jako doprovod u porodu, a s jejíž účastí vyjádřila předchozí písemný souhlas.

### Podmínky přítomnosti osoby blízké u porodu:

- Osoba blízká stvrzuje, že měla možnost podrobně se seznámit s domácím řádem gynekologicko- porodnického oddělení.
- Osoba blízká se zavazuje, že během své přítomnosti bude respektovat a řídit se pokyny pracovníků gynekologicko- porodnického oddělení.
- Osoba blízká je přítomna u porodu na vlastní žádost a na vlastní riziko (pro případ nehody, úrazu apod.).
- Osoba blízká si je vědoma, že její přítomnost nebude povolena v případě, že bude stanoveno podezření na alkohol, návykové látky, porušení domácího řádu oddělení nebo nerespektování pokynů zdravotnických pracovníků.
- Osoba blízká prohlašuje, že je zdravá, netrpí žádnou infekční chorobou, která by ohrozila zdraví matky a dítěte.
- Osoba blízká se zavazuje respektovat rozhodnutí o ukončení své přítomnosti u porodu v případě, že přítomný lékař či porodní asistentka vyhodnotí situaci tak, že účast blízké osoby u porodu není možná a/nebo žádoucí.
- Je-li osobou blízkou porodní asistentka, která není zaměstnankyní této nemocnice, není oprávněna indikovat diagnostické ani léčebné zákroky a také není oprávněna je provádět, a to ani v případě, kdy si to rodička přeje.
- Osoba blízká bere na vědomí, že pořizování obrazových, zvukových nebo jiných záznamů v průběhu porodu a při ošetrovatelských úkonech není vhodné a je podmíněno výslovným souhlasem zdravotnického personálu.

Já, níže podepsaný / podepsaná prohlašuji, že jsem byl/a porodní asistentkou či lékařem srozumitelně informován/a a poučen/a o podmínkách přítomnosti osoby blízké u porodu. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Všem jsem porozuměl/a, s podmínkami souhlasím, a беру na vědomí, že porušení těchto zásad je důvodem ukončení mé přítomnosti u porodu ze strany Nemocnice Nymburk s.r.o. Souhlasím s úhradou balíčku nadstandardních služeb, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami a jehož součástí je také péče o blízkou osobu u porodu (aktuální obsah celého balíčku je k dispozici na vyžádání porodních asistentek a je také uveden internetových stránkách Nemocnice Nymburk s.r.o.).

V Nymburce dne: \_\_\_\_\_ Podpis osoby blízké: \_\_\_\_\_

**Já, níže podepsaná rodička, prohlašuji, že jsem byla porodní asistentkou či lékařem srozumitelně informována a poučena o podmínkách přítomnosti osoby blízké u mého porodu. Měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Všem jsem rozuměla a s podmínkami souhlasím. Podpisem dávám výslovný souhlas, aby osoba blízká, uvedená v záhlaví tohoto formuláře, byla přítomna u mého porodu na gynekologicko- porodnickém oddělení nemocnice a byla informována o průběhu porodu a zdravotním stavu mém a mého dítěte.**

V Nymburce dne: \_\_\_\_\_ Podpis rodičky: \_\_\_\_\_

(U zák. zástupce číslo OP): \_\_\_\_\_ Podpis zák. zástupce: \_\_\_\_\_