

## Souhlas s hospitalizací

Jméno, příjmení:

RČ:

Bydliště:

Kód ZP:

Oddělení:

Důvod přijetí k hospitalizaci

Jméno a příjmení zákonného zástupce

**Podpisem potvrzuji, že jsem byl/a srozumitelně seznámen/a s důvodem hospitalizace, dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu a že s hospitalizací souhlasím.**

**Byl/a jsem informován/a o svých právech a povinnostech při poskytování zdravotních služeb, zejména o:**

- právu na informace o zdravotním stavu a právu určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu, možnosti vyslovit zákaz podávání informací komukoliv, možnosti tento souhlas či zákaz kdykoliv odvolat
- o právu rozhodovat o poskytované zdravotní péči
- o právu na soukromí při poskytování zdravotní péče
- o právu přijímat duchovní péči a duchovní podporu v souladu s Vnitřním řádem
- o právu dorozumívat se způsobem pro mne srozumitelnými a prostředky s ohledem na případný tělesný, smyslový či mentální handicap
- o právu být předem informován o ceně zdravotních služeb nehrazených či jen částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady
- o možnosti získat na žádost a za úplatu po skončení hospitalizace „Hospitalizační účet pacienta“
- o právu na léčbu bolesti
- byly mi poskytnuty informace o zpracování osobních údajů v souladu s Nařízením EU 2016/679 (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)
- zdravotnická dokumentace se eviduje v Nemocničním informačním systému (NIS)

**Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s Vnitřním řádem a zavazuji se jej dodržovat:**

- peníze a jiné cenné věci (např. šperky, mobilní telefon) omezím na minimum. Beru na vědomí, že peníze nad 500,- Kč a ostatní cenné věci mohou předat prostřednictvím zdravotnického pracovníka proti potvrzení do úschovy. Za peníze a cennosti, které nejsou převzaty do úschovy, personál CKTCH neodpovídá
- zákaz vnášení zbraní, zákaz kouření, požívání alkoholických nápojů a návykových látek

**Dále jsem byl/a informován/a:**

1. o označení mého lůžka na pokoji jménem, příjmením, datem narození a diagnózou
2. o uvedení jména, příjmení u dveří do pokoje
3. o sdělování informací o zdravotním stavu při vizitě před ostatními pacienty a dalšími přítomnými osobami
4. CKTCH Brno je výukovým zdravotnickým zařízením a že osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického či jiného odborného pracovníka mohou být přítomny při poskytování zdravotních služeb a v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, pokud jejich přítomnost či nahlížení do zdravotnické dokumentace neodmítnu. Tyto osoby jsou povinny zachovávat mlčenlivost.
5. o vědecko-výzkumné povaze zdravotnického zařízení a v souvislosti s tím souhlasím se statistickým zpracováním údajů z mé zdravotnické dokumentace k vědeckým účelům s tím, že výsledky vědecké a výzkumné činnosti budou prezentovány výhradně v anonymizované podobě

