**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)   
s on-line videohovorem**

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

Tímto uděluji výslovný souhlas k tomu, že pro lepší kontakt s osobami mně blízkými lze využívat aplikaci, která nabízí možnost přímého obrazového a zvukového přenosu do tabletu, který mi bude za tímto účelem na stanovenou dobu videohovoru poskytnut. Současně souhlasím s níže uvedenými podmínkami uskutečnění videohovoru.

1. On-line přenos videohovoru se uskuteční dle provozních možností daného zdravotnického oddělení.
2. Videohovor probíhá v reálném čase (online) a není z něj pořizován záznam. V případě problémů s videohovorem (s kvalitou obrazu nebo se přenos nezdařil), uživatel bude telefonicky kontaktovat výše uvedené oddělení, které se pokusí technický problém odstranit.
3. Tato služba je pro příbuzné a blízké osoby nadstandardní, zdarma a tudíž na ni nevzniká žádný právní nárok.
4. Videohovor může být ze strany pracovníků oddělení kdykoliv ukončen či přerušen. Neznamená to však, že se něco děje v souvislosti se zdravotním stavem pacienta, přerušení je pravděpodobně na základě běžného provozu nebo z technických důvodů.
5. Přístup a kontakt přes videohovor je podmíněn přidělením unikátního přístupového kódu. Kód slouží pouze pro potřebu pacienta a je na něm komu jej poskytne.
6. Kód bude vydán pouze jednou a to osobě blízké, uvedené v souhlase s on-line videohovorem. Vzhledem k bezpečnostním rizikům zneužití dat a údajů v prostředí internetu, je pacient odpovědný za uvážlivé nakládání s tímto kódem.

|  |  |
| --- | --- |
| Přeji si, aby níže uvedená osoba měla právo na unikátní přístupový kód k uskutečnění videohovoru | |
| **Jméno a příjmení:** | **vztah k pacientovi:** |
| E-mail: | Tel.: |

**Souhlas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:*** | | |
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o provozu on-line videohovoru, způsobu přihlášení a o zacházení s přidělenými přístupovými údaji. | ANO | NE |
| Beru na vědomí, že tato služba je nenároková, výběr termínu a času je prováděn pracovníky oddělení, a kdykoliv může dojít k přerušení on-line videohovoru např. vlivem provozních důvodů. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly personálem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. | ANO | NE |
| Souhlasím s on-line videohovory s osobou blízkou prostřednictvím tabletu – přes aplikaci a prohlašuji, že budu s přidělenými přístupovými údaji zacházet bezpečně. | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Hodina | Podpis pacienta / nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno, příjmení zdravotnického pracovníka,  který podal informaci | Podpis zdravotnického pracovníka,  který podal informaci |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:** | | | |
|  | | | |
| **Jak pacient projevil svou vůli:** | | | |
|  | | | |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum: | Hodina |
|  |  |  |  |