

Zgoda osoby poinformowanej - pacjenta (przedstawiciela ustawowego pacjenta) na hospitalizację

Pacjent(ka) – imię i nazwisko:	Numer pesel (numer ubezpieczenia zdrowotnego):
Data urodzenia: (o ile nie ma numeru pesel)	Kod kasy chorych:
Adres pobytu stałego pacjenta: (ewentualnie inny adres)	
Nazwisko przedstawiciela ustawowego (opiekuna):	Numer pesel:

Przyczyna hospitalizacji:

--

Oświadczenie:

Życzę sobie, aby podano mi informację o moim stanie zdrowia Uwaga: Odpowiedź proszę zaznaczyć kółkiem	TAK	NIE
W przypadku, kiedy przyjąłem(am) możliwość bycia w zrozumiały sposób poinformowanym(a) o moim stanie zdrowia zgodnie z § 31, ust. 1, ustawy nr 372/2011 Dz.U., oświadczam, że podano mi następujące informacje o: - przyczynie i pochodzeniu chorób, o ile są znane, ich stadium i zakładanym rozwoju, - celu, charakterze, zakładanych korzystnych wynikach, możliwych następstwach i ryzykach usług medycznych, łącznie z poszczególnymi zabiegami medycznymi, - innych możliwościach świadczenia usług medycznych, ich stosowności, korzyściach i ryzykach dla pacjenta, - dalszym potrzebnym leczeniu, indywidualnym programie leczenia, - ograniczeniach i zaleceniach dotyczących sposobu życia z uwzględnieniem stanu zdrowia. Oświadczam, że są mi znane powody hospitalizacji, informacje o hospitalizacji uważam za dostateczne, miałem(am) możliwość zapytania o wszystko, czego nie zrozumiałem (am) lub co uważam za ważne. Oświadczam, że nie przemilczałem(am) lekarzom znanym mi danych o moim stanie zdrowia, które mogłyby niekorzystnie wpłynąć na moje leczenie lub stwarzać zagrożenie dla mojego otoczenia, w szczególności w związku z możliwością rozprzestrzeniania choroby zakaźnej.		
W przypadku, kiedy nie życzę sobie być informowany o moim stanie zdrowia, decyduję, aby osobą, której ma być podana informacja o moim stanie zdrowia, był/a:		
Imię i nazwisko:	Relacja z pacjentem:	
Oświadczam, że zostałem(am) zapoznany (a) z Regulaminem Wewnętrznym FNOL (Szpitala Klinicznego Olomuniec), prawami pacjentów i regulaminem domowym.		
Oświadczam, że zostałem poinformowany przez lekarza o możliwości wglądu do mojej dokumentacji zdrowotnej i sporządzania wyciągów, odpisów lub kopii. *)		
Życzę sobie, aby o moim stanie zdrowia w trakcie hospitalizacji była informowana inna osoba(y) Uwaga: Odpowiedź proszę zaznaczyć kółkiem:		TAK
Imię i nazwisko	Adres	Tel.
Życzę sobie, aby podana powyżej osoba (osoby) miała prawo:		
a) wglądu do mojej dokumentacji zdrowotnej, sporządzania wyciągów, odpisów lub kopii z mojej dokumentacji zdrowotnej *)		TAK
		NIE

b) wyrażenia zgody na świadczenie usług medycznych, jeżeli, ze względu na mój stan zdrowia, nie będą do tego w stanie sam(a), o ile nie chodzi o usługi medyczne, które można świadczyć bez udzielenia zgody	TAK	NIE
--	-----	-----

*) Zgodnie z ustawą nr 372/2011 Dz.U., § 66, ust. 3, litera a) placówka służby zdrowia może za sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji zdrowotnej lub innych dokumentów żądać zapłaty w wysokości, która nie może przekroczyć kosztów związanych ze sporządzeniem wyciągu lub kosztów sporządzenia fotokopii dokumentacji zdrowotnej; cennik sporządzenia wyciągu lub kopii dokumentacji zdrowotnej musi być umieszczony w miejscu dostępnym publicznie dla pacjentów.

Zgoda:

Uwaga: Proszę zaznaczyć odpowiedź kółkiem:		
W razie konieczności wyrażam zgodę na pobranie materiału biologicznego (krew, mocz...) do potrzebnych badań dla wykluczenia w szczególności choroby zakaźnej.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na przechowywanie i wykorzystanie materiału biologicznego w ramach normalnych procedur diagnostycznych i leczniczych na potrzeby nauki medycznej i badań, z ewentualnym opublikowaniem wyników w publikacjach fachowych z zachowaniem anonimowości.	TAK	NIE
W Szpitalu Klinicznym Ołomuniec przygotowują się do wykonywania zawodu pracownika służby zdrowia zwłaszcza lekarze w ramach dalszego kształcenia, studenci Wydziału Medycyny, Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu pałackiego w Ołomuńcu, oraz uczniowie szkół medycznych. Zgodnie z § 46, ust. 2 ustawy nr 372/2011 Dz.U. FNOL (Szpital Kliniczny Ołomuniec) jest obowiązany zapewnić, aby studenci i stażyści mogli wykonywać praktykę zawodową i wykonywać czynności. Łącznie z zabiegami medycznymi i wpisami do dokumentacji zdrowotnej. Kształcenie studentów i stażystów przebiega pod bezpośrednim nadzorem pracownika służby zdrowia lub nauczyciela kształcenia praktycznego.		
Z tego powodu wyrażam zgodę na to, aby studenci i stażyści mieli wgląd do mojej dokumentacji zdrowotnej, i to tylko w niezbędnym zakresie i na podstawie upoważnienia wyznaczonego pracownika służby zdrowia.	TAK	NIE
Ponadto wyrażam zgodę na obecność studentów i stażystów podczas świadczenia usług medycznych.	TAK	NIE
Jestem świadom(a) i wyrażam zgodę na to, aby w razie konieczności mogły być zastosowane środki przymusu według ustawy nr 372/2011 Dz.U., § 39, ust. 2 w następujących sytuacjach: - tylko wtedy, kiedy celem ich zastosowania jest zapobieżenie bezpośredniemu zagrożeniu życia, zdrowia lub bezpieczeństwa pacjenta lub innych osób (np. stan po znieczuleniu, operacji, zabiegu, itp.) i tylko przez czas, przez który trwają powody ich zastosowania.		

Data	Godzina	Podpis pacjenta(ki) / lub przedstawiciela ustawowego (opiekuna)

Imię, nazwisko lekarza(ki), który(a) podał(a) informację	Podpis lekarza(ki), który(a) podał(a) informację

Jeżeli pacjent(ka) nie może się podpisać, proszę podać powody, dla których pacjent(ka) nie mógł (mogła) się podpisać:			
Jak pacjent(ka) wyraził(a) swoją wolę:			
Imię i nazwisko pracownika służby zdrowia/świadka	Podpis pracownika służby zdrowia/świadka	Data:	Godzina

Niniejsza zgoda dotyczy wszystkich przeniesień pacjenta w ramach jednej hospitalizacji w FNOL.