

Информированное согласие пациента (законного представителя) на госпитализацию

Пациент(ка) – имя и фамилия:	Личный номер (номер застрахованного лица):
Дата рождения: (если не указывается лич. номер)	Код медицинской страховой компании:
Адрес постоянного места жительства пациента: (или другой адрес)	
Имя законного представителя (опекуна):	Личный номер:

Основание для госпитализации:

--

Заявление:

Хочу, чтобы мне предоставлялась информация о состоянии моего здоровья <i>прим. Свой ответ обведите кружком:</i>	ДА	НЕТ
На случай согласия на получение мной понятной информации о состоянии моего здоровья согласно п. 1 § 31 закона № 372/2011 Сб. заявляю, что мне была предоставлена следующая информация: <ul style="list-style-type: none"> - о причине и происхождении заболевания, если они известны, его стадии и предполагаемом развитии; - цели, характере, предполагаемой пользе, возможных последствиях и рисках предлагаемой медицинской помощи, включая отдельные медицинские услуги; - других возможностях предоставления медицинских услуг, их целесообразности, пользе и рисках для пациента; - дальнейшем необходимом лечении, индивидуальной лечебной тактике; - ограничениях и рекомендациях относительно образа жизни с учетом состояния здоровья. 		
Заявляю, что мне известны основания для госпитализации, информацию о госпитализации считаю достаточной и что у меня была возможность выяснить все непонятные или важные для меня вопросы.		
Заявляю, что я не скрыл(а) от врачей какие-либо известные мне данные о состоянии своего здоровья, которые могли бы неблагоприятно повлиять на мое лечение или создавать опасность для моего окружения, в частности, путем распространения инфекционного заболевания.		
На случай несогласия на получение мной информации о состоянии моего здоровья определяю следующее лицо, которому следует предоставлять указанную информацию:		
Имя и фамилия:	отношение к пациенту:	
Заявляю, что я был(а) ознакомлен(а) с Внутренним распорядком ФБ в Оломоуце, правами пациентов и больничным режимом.		
Заявляю, что я был(а) проинформирован(а) врачом о возможности ознакомления с моей медицинской документацией и получения выписок из нее, дубликатов или копий.*)		
Хочу, чтобы в течение моего пребывания в больнице информация о состоянии моего здоровья получало другое лицо (лица) <i>прим. Свой ответ обведите кружком:</i>	ДА	НЕТ
Имя и фамилия:	Адрес:	Тел.:
Хочу, чтобы указанное выше лицо (лица) имело право:		
а) знакомиться с моей медицинской документацией, получать выписки, дубликаты или копии*)	ДА	НЕТ
б) выразить согласие на предоставление медицинских услуг (в случае моей неспособности сделать это по состоянию здоровья), если речь не идет о медицинских услугах, предоставляемых без согласия	ДА	НЕТ

*) В соответствии с законом № 372/2011 Сб., § 66, п. 3, подп. «а», за изготовление выписок, дубликатов или копий медицинской документации или других записей медицинское учреждение может взимать плату, размер которой не должен превышать затрат, связанных с изготовлением выписок или фотокопий; прайс-лист на находиться в доступном для пациентов месте.

Согласие:

<i>прим. Свой ответ обведите кружком:</i>		
На случай необходимости даю согласие на забор биологического материала (кровь, моча...) для проведения необходимых исследований в целях исключения, в частности, инфекционного заболевания.	ДА	НЕТ
Даю согласие на хранение и использование биологического материала, полученного в рамках обычных лечебно-диагностических мероприятий для нужд медицинской науки и исследований, и на возможную публикацию полученных результатов в специализированных изданиях при сохранении анонимности.	ДА	НЕТ

<p>В Факультетской больнице Оломоуца проводится подготовка медицинских специалистов, в частности, обучение врачей в рамках последипломного образования, студентов медицинского факультета, факультета медицинских наук Университета Палацкого в Оломоуце и студентов медицинских училищ.</p> <p>Согласно п. 6 § 46 закона № 372/2011 Сб. ФБ в Оломоуце обязана обеспечить возможность прохождения студентами и стажерами профессиональной практики и выполнения работ, включая медицинские услуги и внесение записей в медицинскую документацию. Обучение студентов и стажеров происходит под непосредственным руководством медицинского работника или преподавателя практических занятий.</p>		
Исходя из этого, даю согласие на ознакомление студентов и стажеров с моей медицинской документацией – исключительно в необходимом объеме и на основании полномочий, предоставленных медицинским работником.	ДА	НЕТ
Кроме того, даю согласие на присутствие студентов и стажеров при предоставлении медицинских услуг.	ДА	НЕТ
<p>Я понимаю и даю согласие на использование при необходимости ограничительных средств согласно закону № 372/2011 Сб., § 39, п. 2, в следующих ситуациях:</p> <ul style="list-style-type: none"> - только в целях предотвращения непосредственной угрозы жизни, здоровью или безопасности пациента или других лиц (например, после анестезии, операции, медицинского мероприятия и т. д.) и только в течение времени сохранения оснований для их использования. 		

Дата	Время:	Подпись пациента(пациентки) или законного представителя (опекуна)

Имя, фамилия врача, предоставившего информацию	Подпись врача, предоставившего информацию

В случае невозможности подписания пациентом (пациенткой) данного документа укажите причины, по которым он(а) не смог(ла) его подписать:			
Способ, которым пациент(ка) изъявил(а) свою волю:			
Имя и фамилия медицинского работника/свидетеля	Подпись медицинского работника/свидетеля	Дата:	Время:

Настоящее согласие распространяется на все переводы пациента в рамках одного пребывания в ФБ Оломоуца.