FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
Тел. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IH: 00098892

Клініка/відділ:

……

Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта) на госпіталізацію

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Особистий ідентифікаційний номер:

Причина госпіталізації:

Заява:

Я хотів/хотіла б отримати інформацію про стан мого здоров'я ***прим. Обведіть кружком свою відповідь***	ТАК	НІ
У разі, якщо я прийняв/прийняла можливість отримати чітку інформацію про стан свого здоров'я відповідно до § 31, абз. 1 Закону № 372/2011 Зб. зак., я заявляю, що мені надано таку інформацію про: - причина та походження захворювання, якщо відомо, його стадія та очікуваний розвиток, - мету, характер, очікувані вигоди, можливі наслідки та ризики пропонованих медичних послуг, у тому числі індивідуальних медичних послуг, - інші варіанти надання медичних послуг, їх придатність, переваги та ризики для пацієнта, - потрібне подальше лікування, індивідуальне лікування, - обмеження способу життя та рекомендації щодо стану здоров'я.		
Я заявляю, що знаю причини госпіталізації, вважаю інформацію про госпіталізацію достатньою, я мав/мала можливість запитати все, що мені незрозуміло або що я вважаю важливим.		
Я заявляю, що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.		
У випадку, якщо я не хочу бути проінформованим/проінформованою про стан мого здоров'я, особа, яку потрібно повідомити про стан мого здоров'я, є:		
Ім'я та прізвище:	**взаємозв'язок зо пацієнтом:**	
Я заявляю, що я ознайомлений з Правилами внутрішнього розпорядку Оломоуцької факультетської лікарні, правами пацієнтів та розпорядком.		
Я заявляю, що лікар поінформував мене про можливість ознайомлення з моєю медичною документацією і отримання витягів, виписок або копій.*)		

Я хотів/хотіла б, щоб щоб іншу особу (осіб) повідомили про стан мого здоров'я під час госпіталізації ***прим. Обведіть кружком свою відповідь:***			ТАК	НІ
Ім'я та прізвище	Адреса	Тел.		
Я хотів/хотіла б, щоб вищезазначена особа (особи) мали право:				
a) знайомитись з моєю медичною документацією, робити витяги, розшифровки або копії з моєї медичної документації робити витяги, розшифровки або копії з моєї медичної документації робити витяги, розшифровки або копії з моєї медичної документації *)			ТАК	НІ
b) дати згоду на надання медичних послуг, якщо я не можу це зробити з огляду на стан свого здоров'я, якщо це не медична послуга, яка може надаватися без згоди			ТАК	НІ

*) Відповідно до Закону № 372/2011 Зб. зак., § 66, абз. 3, пункт а) медичний заклад може вимагати плату за виписки, витяги чи копії медичних записів чи інших записів, яка не може перевищувати витрат, пов'язаних з отриманням виписки, або витрат, понесених при отриманні фотокопії медичних карт; прейскурант на отримання виписки або копії медичної документації повинен бути розміщений у загальнодоступному для пацієнтів місці.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:		
При необхідності даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень для виключення особливо інфекційних захворювань.	ТАК	НІ
Я згоден із зберіганням та використанням біологічного матеріалу в звичайних діагностичних та лікувальних процедурах для потреб медичної науки та досліджень, а також із заходом. шляхом оприлюднення отриманих результатів у фахових виданнях із збереженням анонімності.	ТАК	НІ

В Оломоуцькій факультетській лікарні проходять підготовку майбутні – студенти медичного факультету, факультету медичних наук Університету Палацького в Оломоуці та студенти медичних училищ.

Відповідно до § 46, абз. 2 Закону № 372/2011 Зб. зак. Оломоуцької факультетської лікарні зобов'язаний забезпечити студентам і слухачам можливість здійснювати професійну практику та діяльність, включаючи медичні процедури та записи в медичній документації. Студенти та слухачі навчаються під безпосереднім керівництвом медичного працівника або вчителя-практика.

З цієї причини я **погоджуюся** з тим, що студенти та стажисти повинні перевіряти мої медичні записи лише в необхідному обсязі та на підставі повноважень, наданих медичним працівником.	ТАК	НІ
Крім того, я **погоджуюся** з присутністю студентів та слухачів у наданні медичних послуг.	ТАК	НІ

Я усвідомлюю та погоджуюсь, що за потреби можуть бути використані обмежувальні засоби згідно із законом № 372/2011 Зб. зак., § 39, абз. 2, у таких ситуаціях:

- лише якщо їх метою є запобігти безпосередній загрозі життю, здоров'ю чи безпеці пацієнта чи інших осіб (наприклад, стан після анестезії, операції, втручання тощо) і лише доки існують причини для їх використання.

Дата	Час	**Підпис пацієнта / або законного представника (опікуна)**

Ім'я та прізвище лікаря, що надав інформацію	**Підпис лікаря,** що надав інформацію

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати :			
Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата:	Час

Ця згода поширюється на всі перекладі пацієнта в межах однієї госпіталізації Оломоуцької факультетської лікарні.