

Đồng ý của bệnh nhân (người đại diện hợp pháp) về việc nhập viện

Bệnh nhân – tên và họ:	Số khai sinh (số bảo hiểm):
Ngày sinh: (nếu không có số khai sinh)	Mã số hăng bảo hiểm y tế:
Địa chỉ thường trú của bệnh nhân: (hoặc địa chỉ khác)	
Tên người đại diện hợp pháp (giám hộ):	Số khai sinh:

Lý do nhập viện:

--

Tuyên bố:

Tôi muốn được cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe của mình <i>Khoanh câu trả lời</i>	CÓ	KHÔNG
Trong trường hợp đồng ý cung cấp thông tin rõ ràng về tình trạng sức khỏe của mình phù hợp Điều 31, khoản 1, Luật số 372/2011 TTL, đề nghị cung cấp cho tôi các thông tin sau: - nguyên nhân và nguồn gốc căn bệnh nếu điều đó được phát hiện, tình trạng và dự đoán tiến triển của bệnh, - mục đích, tính chất, lợi ích dự kiến, hậu quả và rủi ro có thể xảy ra của biện pháp điều trị được đề xuất, kể cả các biện pháp y tế khác, - các biện pháp điều trị y tế khác, sự phù hợp, lợi ích và rủi ro đối với bệnh nhân, - điều trị cần thiết khác, biện pháp điều trị riêng đối với từng bệnh nhân, - những hạn chế và hướng dẫn trong sinh hoạt để phù hợp với tình trạng sức khỏe.		
Tôi tuyên bố là đã được biết lý do nhập viện, được cung cấp đủ thông tin về nhập viện, được đặt câu hỏi thắc mắc về mọi việc chưa hiểu rõ hoặc những điều mà tôi cho là quan trọng.		
Tôi tuyên bố là không che giấu bác sĩ bất kỳ điều gì về tình trạng sức khỏe của mình mà có thể ảnh hưởng xấu đến việc điều trị hoặc gây nguy hiểm đến môi trường xung quanh, đặc biệt là về lây lan bệnh truyền nhiễm.		
Trong trường hợp bệnh nhân không muốn biết thông tin về tình trạng sức khỏe của mình, thì có thể chỉ định người được cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân là:		
Tên và họ:	Quan hệ với bệnh nhân:	
Tôi tuyên bố là đã được giới thiệu về Nội quy của Bệnh viện FNOL, quyền của người bệnh và qui tắc nội bộ.		
Tôi tuyên bố là đã được bác sĩ thông tin về quyền được xem hồ sơ bệnh án cũng như quyền được sao, trích hoặc chụp lại các tài liệu trong đó.*)		
Trong quá trình nằm viện, tôi có nguyện vọng cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe của mình cho (những) người sau. <i>Khoanh câu trả lời:</i>	CÓ	KHÔNG
Tên và họ	Địa chỉ	Điện thoại
Tôi cho phép (những) người dưới đây có quyền:		
a) xem hồ sơ bệnh án của tôi, sao, trích hoặc chụp lại các tài liệu trong hồ sơ bệnh án đó *)	CÓ	KHÔNG
b) tuyên bố đồng ý với biện pháp y tế, nếu vì lý do sức khỏe tôi không thể biểu hiện sự đồng ý, ngoại trừ những biện pháp y tế có thể thực hiện mà không cần có sự đồng ý	CÓ	KHÔNG

*) Theo Luật số 372/2011 TTL, Điều 66, khoản 3, điểm a, bệnh viện có thể yêu cầu thanh toán cho việc sao, trích, chụp tài liệu trong hồ sơ bệnh án hoặc ghi chép khác theo mức không vượt quá chi phí trong việc sao trích hoặc chụp các tài liệu y tế; giá thành cho việc thực hiện các bản sao hoặc chụp tài liệu sức khỏe phải được niêm yết tại vị trí công cộng mà bệnh nhân có thể xem được.

Đồng ý:

Khoanh câu trả lời:		
Trong trường hợp cần thiết, tôi đồng ý cho lấy mẫu sinh tiết (máu, nước tiểu...) để xét nghiệm cần thiết, nhất là để xét nghiệm bệnh truyền nhiễm.	CÓ	KHÔNG
Tôi đồng ý cho lưu giữ và sử dụng sinh tiết được lấy trong quá trình chẩn đoán và điều trị cho việc nghiên cứu khoa học y tế và kể cả việc công bố kết quả đạt được trong các ấn phẩm chuyên môn với điều kiện không phổ biến danh tính cá nhân.	CÓ	KHÔNG

Tại bệnh viện Olomouc có các bác sĩ thực tập mở rộng chuyên ngành, sinh viên khoa y, khoa khoa học y tế trường Đại học tổng hợp Palacky tại Olomouc và sinh viên các trường y thực tập cho công việc chuyên môn ngành y tế.

Theo Điều 46, khoản 6 Luật số 372/2011 TTL, Bệnh viện FNOL có nghĩa vụ bố trí để sinh viên và thực tập sinh có cơ hội thực tập chuyên môn, thực hiện công việc cụ thể, kể cả các nhiệm vụ y tế và ghi chép vào hồ sơ bệnh án. Việc giảng dạy cho sinh viên và thực tập được tiến hành dưới sự giám sát trực tiếp của nhân viên y tế hoặc của giáo viên hướng dẫn thực hành.

Vi lý do đó tôi đồng ý để sinh viên, thực tập sinh được xem xét hồ sơ bệnh án của tôi nhưng chỉ trong phạm vi cần thiết và với sự chỉ dẫn của nhân viên y tế.	CÓ	KHÔNG
--	----	-------

Ngoài ra tôi đồng ý sự có mặt của sinh và thực tập sinh trong quá trình điều trị.	CÓ	KHÔNG
--	----	-------

Tôi ý thức và đồng ý là trong trường hợp cần thiết có thể sử dụng các biện pháp cưỡng chế theo Luật số 372/2011 TTL, Điều 39, khoản 2, cụ thể là trong các trường hợp sau:

- chỉ khi sử dụng các biện pháp này để loại trừ sự nguy hiểm đến tính mạng, sức khỏe, sự an toàn của bệnh nhân hoặc của những người khác (ví dụ tình trạng sau khi gây mê, phẫu thuật, điều trị v.v...) và chỉ trong khoảng thời gian tồn tại lý do sử dụng biện pháp đó.

Ngày	Giờ	Chữ ký bệnh nhân / hoặc người đại diện hợp pháp (người giám hộ)

Tên, họ bác sĩ phổ biến thông tin	Chữ ký bác sĩ phổ biến thông tin

Nếu bệnh nhân không thể ký tên, hãy nêu lý do bệnh nhân không thể ký tên:			
Cách bệnh nhân biểu lộ quan điểm của mình:			
Tên và họ nhân viên y tế / người làm chứng	Chữ ký nhân viên y tế / người làm chứng	Ngày:	Giờ

Đồng ý này được áp dụng cho tất cả các bản dịch của bệnh nhân trong phạm vi một lần nhập viện tại Bệnh viện FNOL.