

**Informace o právním postavení, zákonném důvodu učiněného opatření
a možností právní ochrany pacienta (§106 zák. 89/2012 Sb., občanského zákoníku)**

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

Vážený(á) pane/paní,

jménem Fakultní nemocnice Olomouc si Vás v souladu s ustanovením § 106 zák. č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, dovoluji informovat o:

Důvodu učinění opatření převzetí/ zadržení Vaší osoby v zařízení poskytujícím zdravotní péči (indikace):

--

(doplňte)

O Vašem právním postavení / právech Vaší osoby jako pacienta:

Máte právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni, udělit svobodný a informovaný souhlas, na úctu a důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných služeb, na svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb, na druhý názor, na informace o vnitřním řádu zdravotnického zařízení, na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce či opatrovníka, na přítomnost osoby blízké či osoby Vámi určené, nevylučuje-li to povaha Vašeho onemocnění, nebo není-li to v rozporu s ochranou Vašeho zdraví, máte právo znát jména osob pečujících o Vaši osobu, a to i studentů, právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

V odůvodněných případech máte právo být informován(a) o ceně nehraně zdravotní péče, právo odmítnout přítomnost osob nezúčastněných na poskytování zdravotní péče, právo přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení, právo přijímat duchovní péči a duchovní podporu ve zdravotnickém zařízení, právo na tlumočníka a právo na vodícího/asistenčního psa, to vše nevylučuje-li to povaha Vašeho onemocnění, nebo není-li to v rozporu s ochranou Vašeho zdraví.

O možnostech právní ochrany Vaší osoby:

Jste oprávněn(a) zvolit si v souladu s ustanovením § 441 zák. č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, k zastupování svých zájmů zmocněnce. Zmocněncem je osoba, které udělíte plnou moc a která je na jejím základě oprávněna zastupovat Vás v rozsahu uvedeném v plné moci.

Máte právo mít podpůrce. Podpůrcem je dle ustanovení § 46 zák. č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, osoba, s níž uzavřete smlouvu o nápomoci, jenž podléhá schválení rozhodnutím příslušného soudu. Uzavřete-li/uzavřel(a)-li jste platně smlouvu o nápomoci s podpůrcem, je poskytovatel zdravotních služeb povinen oznámit podpůrci bez zbytečného odkladu opatření učiněná vůči Vám. Podpůrce může uplatnit ve Váš prospěch svým jménem všechna Vaše práva vzniklá v souvislosti s nedobrovolným převzetím Vaší osoby do zdravotnického zařízení, jakož i s držením Vaší osoby ve zdravotnickém zařízení.

Dále máte právo zvolit si důvěrníka. Důvěrníkem dle ustanovení § 107 zák. č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, je osoba, kterou za svého důvěrníka označíte. Zvolení důvěrníka můžete učinit kdykoliv, přičemž zdravotnickému zařízení sdělíte identifikační údaje důvěrníka včetně jeho platné adresy. Zdravotnické zařízení je povinno Vámi zvolenému důvěrníkovi bez zbytečného odkladu oznámit opatření učiněná vůči Vám. Důvěrník může uplatnit ve Váš prospěch svým jménem všechna Vaše práva vzniklá v souvislosti s nedobrovolným převzetím Vaší osoby do zdravotnického zařízení, jakož i s držením Vaší osoby ve zdravotnickém zařízení.

Vy, Váš zmocněnec, důvěrník či podpůrce, máte právo požadovat, aby zdravotní stav, zdravotní dokumentaci nebo vyjádření Vašeho ošetřujícího lékaře o neschopnosti úsudku a projevit přání samostatně, přezkoumal lékař nezávislý na poskytovateli zdravotních služeb v tomto zdravotnickém zařízení i na jeho provozovateli.

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Já, svým podpisem potvrzuji, že mi byl náležitě vysvětlen důvod opatření, má práva a možnosti právní ochrany související s učiněným opatřením.

Datum	Hodina	Podpis pacienta(ky)

Já....., zákonný zástupce/opatrovník/podpůrce/důvěrník potvrzuji, že mi bylo podáno vysvětlení o právním postavení pacienta(ky)....., možnostech jeho/její právní ochrany a zákonném důvodu učiněného opatření převzetí/zadržení jeho/její osoby v zařízení poskytujícím zdravotní péči.

Datum	Hodina	Podpis zákonného zástupce/opatrovníka/podpůrce/důvěrníka

Poznámka:

pokud nemůže pacient stvrdit svým podpisem/odmítl podepsat, vyplňte prosím následující odstavec.

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