|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O:\- O R G A N I Z A Č N Í   N O R M Y\PODKLADY PRO ON - logo\FNOL_logo_pozitiv_CMYK.jpg |  | *Fm-MP-L004-04-DOBROV-001* |
| **Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc**Tel. 588 441 111, e-mail: info@fnol.czIČ: 00098892 |
| *verze č. 6, str. 1/5* |
|  |  |

**Smluvní strany**

**Fakultní nemocnice Olomouc**

se sídlem: Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc

IČ: 0009 8892

DIČ: CZ00098892 (je plátcem DPH)

Bank. spojení: Česká národní banka

č. účtu: CZ44 0710 0000 0000 3633 4811

zastoupená: prof. MUDr. Romanem Havlíkem, Ph.D., ředitel, statutární zástupce

**(dále jen „nemocnice“)**

a

Jméno a příjmení: …………………………………… Rodné číslo: ……………………

Adresa bydliště a telefon: ………………………………………………………………….

Kontaktní adresa a telefon: ………………………………………………………………..

**(dále jen „dobrovolník“)**

uzavírají dále uvedeného dne, měsíce a roku tuto

**DOHODU O DOBROVOLNICKÉ ČINNOSTI**

**čl. I**

**Vymezení dobrovolnického programu v nemocnici**

1. Cílem programu a posláním dobrovolníka v nemocnici je podílet se na komplexní péči o pacienty zlepšováním psychosociálních podmínek tak, aby nebyl narušen léčebný režim a provoz nemocnice a dobrovolnická činnost vhodně doplnila práci zdravotnického personálu. Dobrovolníci mohou prostřednictvím různých typů aktivit ulehčit pacientům jejich pobyt v nemocnici.
2. Dobrovolnický program v nemocnici je realizován dle platné metodiky programu doporučené
ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 6/2009 Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů.
3. Dobrovolnický program je akreditován u Ministerstva vnitra ČR.

**čl. II**

**Nemocnice uzavírající smlouvu s dobrovolníkem se zavazuje**

1. Zajišťovat dobrovolníkovi optimální podmínky pro jeho činnost.
2. Seznámit dobrovolníka s právy a povinnostmi, které z výkonu dobrovolnické služby, vyplývají, včetně seznámení dobrovolníka s možnými riziky spojenými s jeho činností, zejména s ohledem na prostředí zdravotnického zařízení.
3. Zprostředkovat dobrovolníkovi kontakt s příslušným pracovištěm a jeho kontaktní osobou.
4. Zajistit dobrovolníkovi potřebný výcvik, pravidelné supervize a možnost individuálních konzultací.
5. Zajistit dobrovolníkovi dostatečné označení (jmenovka a tričko s nápisem DOBROVOLNÍK).
6. Poskytnout dobrovolníkovi potřebné pomůcky a vybavení nutné k výkonu jeho dobrovolnické činnosti.
7. Zajistit dobrovolníkovi přiměřenou ochranu osobních dat, nutných pro odpovídající výkon jeho dobrovolnické služby v nemocnici.

**čl. III**

**Ustanovení týkající se dobrovolníka**

1. Dobrovolník se zavazuje absolvovat úvodní školení a další vzdělávací aktivity pro dobrovolníky
v rozsahu stanoveném pro konkrétní typ dobrovolnické činnosti a poté se zapojit do dobrovolné činnosti v dohodnutém rozsahu.
2. Každou změnu typu nebo náplně činnosti je dobrovolník povinen předem konzultovat s koordinátorem dobrovolníků.
3. Dobrovolník je povinen účastnit se supervizních nebo jiných evaluačních setkání v dohodnutém rozsahu a formě.
4. Dobrovolník je povinen se ze supervizního nebo evaluačního setkání omluvit, pokud se na něj nemůže dostavit. Zároveň je povinen sjednat si prostřednictvím koordinátora dobrovolníků náhradní individuální termín supervizního setkání.
5. Dobrovolník bere na vědomí zásady mlčenlivosti, které jsou nedílnou součástí této smlouvy jako příloha č. 1.
6. Dobrovolník byl poučen o svých právech a povinnostech v rámci výkonu dobrovolné činnosti, což stvrzuje svým podpisem Mlčenlivosti (Příloha č 1) a Kodexu dobrovolníka (Příloha č. 2).
7. Dobrovolník se zavazuje používat při výkonu dobrovolnické činnosti označení určené dobrovolníkům (tj. jmenovka s fotografií a tričko s nápisem DOBROVOLNÍK).
8. Dobrovolník je pojištěn pro případ odpovědnosti za škodu na majetku a na zdraví pacienta způsobenou v souvislosti s výkonem pravidelné dobrovolnické činnosti. Dále je pojištěn pro případ škody na zdraví, kterou utrpěl v souvislosti s výkonem této dlouhodobé dobrovolnické činnosti.
9. Dobrovolník souhlasí s tím, že jím poskytnuté osobní údaje budou použity pouze pro vnitřní potřebu programu, zejména k evidenčním a statistickým účelům, pro sjednání pojištění dobrovolníka
a k informování pracoviště, které si dobrovolník zvolí pro svou činnost.
10. Dobrovolník bere na vědomí, že dobrovolnou činnost vykonává bez nároku na finanční odměnu
a že v průběhu dobrovolné činnosti nemá nárok na ubytování a stravování.
11. Dobrovolník má nárok na úhradu nákladů vzniklých v souvislosti s výkonem jeho dobrovolné činnosti pouze tehdy, pokud jejich vynaložení předem oznámí a pokud jejich úhradu odsouhlasí pověřená osoba Úseku nelékařských oborů.
12. Dobrovolník bere na vědomí, že veškeré aktivity na území nemocnice pro jiné subjekty (např. komerční subjekty, neziskové organizace, náboženská společenství, školní aktivity) vykonává pouze s vědomím a souhlasem koordinátora dobrovolníků.
13. Dobrovolník má možnost uložit cenné věci vnesené do objektu nemocnice na místo určené personálem konkrétního oddělení. Za škodu způsobenou na cenných věcech, které nebyly uložené na takto určeném místě, nemocnice neodpovídá.
14. Dobrovolník se zavazuje neprodleně oznámit změnu svých kontaktních adres a telefonů.
15. Dobrovolník bere na vědomí, že předčasné ukončení dobrovolné činnosti z jiných než zřetele hodných důvodů, může být důvodem vrácení poměrné části vynaložených nákladů na jeho přípravu.
16. Nemocnice uzavírající s dobrovolníkem tuto dohodu, zastoupená pověřenou osobou Úseku nelékařských oborů, si vyhrazuje možnost ukončit spolupráci s dobrovolníkem v případě, že nesplnil některou z výše uvedených povinností.
17. Dobrovolník se zavazuje plně respektovat pokyny zdravotnických zaměstnanců nemocnice.

**čl. IV**

**Závěrečná ustanovení:**

Tato dohoda je vyhotovována ve dvou exemplářích, každá ze smluvních stran obdrží jedno vyhotovení.

Dohoda se uzavírá na dobu určitou do …………………, s možností prodloužení po vzájemné dohodě dodatkem.

Platnost dohody zaniká buď uplynutím sjednané doby, dále výpovědí dohodou nebo výpovědí jedné
ze smluvních stran. Výpovědní doba je 14 dní. Výpověď je možné podat písemnou nebo ústní formou.

V ……………………… dne ……………………………

…………………………………..……… ………………………………………………

 podpis FNOL podpis dobrovolníka

**Příloha č. 1: Mlčenlivost**

**Příloha č. 2: Kodex dobrovolníka**

**Příloha č. 1
Dohody o dobrovolnické činnosti v rámci programu „Dobrovolníci v nemocnicích“**

# MLČENLIVOST

v rámci programu

„Dobrovolníci v nemocnicích“ (dále jen „program“)

## Dobrovolník …………………………………………………. datum narození……………………

## Se zavazuje:

1. Zachovávat úplnou mlčenlivost o všech informacích, se kterými přijde během své dobrovolnické činnosti do styku. Jde především o tyto informace:
* všechny informace týkající se klientů (jejich osobních údajů, zdravotního stavu, majetkových poměrů apod.),
* informace získané ze supervizních a evaluačních setkání, především skutečnosti týkající se druhých dobrovolníků,
* informace týkající se svěřených dokumentů a právních dokumentů,
* informace o účasti dalších dobrovolníků,
* informace o spolupracujících organizacích apod.
1. Neposkytovat sdělovacím prostředkům žádné informace o „programu“ bez dohody s koordinátorem Dobrovolnického centra, s výjimkou obecných informací o jeho cílech. V případě zájmu médií odkázat na koordinátora Dobrovolnického centra.
2. Neposkytovat sdělovacím prostředkům žádné informace o organizaci, ve které bude vykonávat dobrovolnou činnost bez dohody s koordinátorem Dobrovolnického centra, s výjimkou obecných informací o cílech organizace. V případě zájmu médií odkázat na koordinátora Dobrovolnického centra.
3. Chránit veškerou dokumentaci před zneužitím.

## Dobrovolník bere na vědomí:

1. Že je touto mlčenlivostí vázán vůči všem dalším organizacím a osobám. Výjimku tvoří situace, kdy
je každému občanu uložena ze zákona oznamovací povinnost. V takovém případě je doporučena konzultace s koordinátorem dobrovolnického centra.
2. Že mlčenlivost nezaniká ukončením účasti dobrovolníka v ***„programu“***, ani ukončením ***„programu“***.
3. Že pouze pověřená osoba Úseku nelékařských oborů může rozhodnout o tom, která z informací může být uvolněna a komu poskytnuta, přičemž při použití informací je třeba dbát zvýšené ochrany klientů – používat pouze statistické údaje, bez osobních dat, změna pohlaví atd.
4. Že porušení výše uvedených zásad může být důvodem k ukončení účasti dobrovolníka v ***„programu“.***

V ……………………….. dne ………….………… Podpis dobrovolníka …………………………….

**Příloha č. 2
Dohody o dobrovolnické činnosti v rámci programu „Dobrovolníci v nemocnicích“**

# KODEX DOBROVOLNÍKA

## Dobrovolník ……………………………………….…………. datum narození……………………

Cílem dobrovolnického programu a posláním dobrovolníka v nemocnici je podílet se na komplexní péči
o pacienta zlepšováním psychosociálních podmínek, přičemž dobrovolník věnuje nezištně část svého volného času ve prospěch druhých.

## Dobrovolník se zavazuje:

1. Dobrovolník v žádném případě nezastupuje zdravotnický personál. Nemá přístup ke zdravotním záznamům pacienta, nemá právo podávat informace ohledně zdravotního stavu pacienta, nemanipuluje s léky, se zdravotnickým materiálem.
2. Dobrovolník se zavazuje respektovat při plánování konkrétní činnosti zdravotní a psychický stav pacienta, jehož zájem stojí vždy na prvním místě.
3. Dobrovolník se zavazuje dodržovat zásady mlčenlivosti a všechny pravidla směřující k zajištění bezpečnosti pacienta a zajištění bezpečnosti jeho práce na jednotlivých pracovištích.
4. Dobrovolník se zavazuje k účasti na pravidelných supervizních setkáních a udržování úzké spolupráce s kontaktní osobou na daném místě výkonu dobrovolnické služby a koordinátorem Dobrovolnického centra.
5. Dobrovolník svým podpisem stvrzuje, že netrpí žádnou přenosnou chorobou a že jeho zdravotní stav není v rozporu s vykonáváním dobrovolnické služby ve zdravotnickém zařízení, není proti němu vedeno trestní řízení.
6. Dobrovolník si je vědom, že porušení některého z bodů této dohody může být důvodem k jeho uvolnění z programu.

**V případě dobrovolnictví v Dětských centrech platí navíc:**

1. Dobrovolník svým podpisem stvrzuje, že neužívá žádné návykové látky a není v péči protialkoholní ambulance ani v péči psychiatra a není zařazen/a v evidenci žadatelů o náhradní rodinnou péči.

## Dobrovolník má právo:

1. Být řádně vyškolen a vybrán pro činnost, při níž by nejlépe mohl uplatnit své znalosti a zkušenosti
ve prospěch klienta a v níž by nalezl sám dostatečné uspokojení.
2. Na speciální vyškolení s ohledem na místo, na němž bude působit.
3. Obracet se kdykoli s dotazy a problémy na koordinátora Dobrovolnického centra.
4. Požádat koordinátora Dobrovolnického centra o změnu místa činnosti, pokud mu nebude v odůvodněných případech vyhovovat.

V ……………………….. dne …………….……… Podpis dobrovolníka …………………………….

**SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DOBROVOLNÍKA**

Já, níže podepsaná/ý

Jméno a příjmení zákonného zástupce dobrovolníka:

…………………………………………………………………………………..

Adresa: …………………………………………………………………………

Telefonní kontakt na zákonného zástupce: …………………….………….

souhlasím s uzavřením smlouvy o dobrovolnické činnosti v rozsahu podmínek uvedených ve

smlouvě, jejích přílohách a dalších předpisech mým synem/ mojí dcerou, jakožto

dobrovolníkem.

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s výše uvedenými pravidly dobrovolnické činnosti, která mají

být dodržována.

 Podpis zákonného zástupce dobrovolníka

V …………………………  dne …………… ………………………….……………