

	Příjmení	Jméno	Titul	Stránka 1 z 1
	Klinika:			
	Pracoviště:			
	Bankovní spojení: ČNB Brno, Rooseveltova 18, č. ú.: 71138621/0710, IČO:00159816, DIČ:CZ00159816			

Souhlas s hospitalizací ve FNUSA

Jméno a příjmení pacienta:

RČ.:

Bydliště:

kód ZP:

Klinika / oddělení:

Přijímací lékař:

Důvod přijetí hospitalizaci:

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) srozumitelným způsobem seznámen(a) s důvodem hospitalizace, dostatečně informován(a) o svém zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu a že s hospitalizací souhlasím.

Dále jsem byl(a) informován(a) o svých právech a povinnostech při poskytování zdravotních služeb, zejména o:

- právu na informace o zdravotním stavu a právu určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu, možnosti vyslovit zákaz podávání informací komukoliv, možnosti tento souhlas či zákaz kdykoliv odvolat
- o právu rozhodovat o poskytované zdravotní péči
- o právu na soukromí při poskytování zdravotní péče
- o právu přijímat duchovní péči a duchovní podporu ve zdravotnickém zařízení v souladu s Vnitřním řádem Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
- o právu porozumívat se způsobem pro mne srozumitelnými a prostředky s ohledem na případný tělesný, smyslový či mentální handicap
- o právu být předem informován o ceně zdravotních služeb nehrazených či jen částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady
- o možnosti získat na žádost a za úplaty po skončení hospitalizace „Hospitalizační účet pacienta“
- o právu na léčbu bolesti
- o tom, že Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně je výukovým zdravotnickým zařízením a že osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického či jiného odborného pracovníka mohou být přítomny při poskytování zdravotních služeb a v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, pokud jejich přítomnost či nahlížení do zdravotnické dokumentace neodmítnu. Tyto osoby jsou povinny zachovávat mlčenlivost.

Současně prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s Nemocničním řádem Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a zavazuji se jej dodržovat, zejména:

- při ukládání šatů se budu řídit výslovnými pokyny přijímajícího zdravotnického pracovníka;
- peníze a jiné cenné věci (např. šperky, mobilní telefon, vkladní knížky apod.) omezím jen na nejnižší minimum. Beru na vědomí, že peníze nad 500,- Kč a ostatní cenné věci mohu předat prostřednictvím přijímajícího zdravotnického pracovníka proti potvrzení do úschovy;
- budu dodržovat přísný zákaz vnášení zbraní;
- budu dodržovat zákaz kouření, požívání a zneužívání alkoholických nápojů a omamných či návykových látek

V Brně dne:

čas:

Podpis:

Pacient

Přijímací lékař

V případě, že se pacient nemůže podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Svěddek:

Jméno a příjmení

Podpis svědka