

	Příjmení	Jméno	Titul	Stránka 1 z 2
	Klinika:			
	Pracoviště:			
	Bankovní spojení: ČNB Brno, Rooseveltova 18, č. ú.: 71138621/0710, IČO:00159816, DIČ:CZ00159816			

Souhlas s hospitalizací nezletilého pacienta, pacienta omezeného ve svéprávnosti ve FNUSA (dále jen „pacient“)

Zákonný zástupce/opatrovník pacienta¹:

Jméno a příjmení

Datum narození:

Bydliště:

Důvod přijetí k hospitalizaci pacienta:
Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) srozumitelným způsobem seznámen(a) s důvodem hospitalizace pacienta, dostatečně informován(a) o jeho zdravotním stavu a o navrženém léčebném postupu a že s jeho hospitalizací souhlasím.

Dále jsem byl(a) informován(a) o právech a povinnostech při poskytování zdravotních služeb **pacientovi**, porozuměl(a) jsem právům zejména o:

- právu na informace o zdravotním stavu pacienta a právu určit předem osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu pacienta,
- možnosti vyslovit zákaz podávání informací komukoliv (nevztahuje se na druhého z rodičů pacienta, tj. druhého zákonného zástupce, pokud není soudem určeno jinak), možnosti tento souhlas či zákaz kdykoliv odvolat
- o právu svobodně se rozhodovat o poskytované zdravotní péči pacientovi, včetně možnosti navržený postup léčby i hospitalizaci odmítnout na základě sdělených skutečností
- v případě výskytu neočekávané změny zdravotního stavu nebo komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně zdraví nebo života pacienta souhlasím s tím, aby byly tyto výkony provedeny
- nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka nebo k tomu pověřeného zaměstnance FNUSA do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, požít z ní za úhradu nákladů výpisy, opisy nebo kopie
- o právu na soukromí při poskytování zdravotní péče
- o právu přijímat duchovní péči a duchovní podporu ve zdravotnickém zařízení v souladu s Nemocničním řádem Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
- o právu být předem informován o ceně zdravotních služeb nehrazených či jen částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady
- 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 zdravotnické dokumentace, pokud jejich přítomnost či nahlížení do zdravotnické dokumentace není odmítnuto 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 a přispívat také k tomu, aby jej dodržoval pacient, 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 nejnutnější minimum. Beru na vědomí, že peníze nad 500,- Kč a ostatní cenné věci mohu předat prostřednictvím přijímajícího zdravotnického pracovníka proti potvrzení do úschovy;
- dodržovat přísný zákaz vnášení zbraní;
- dodržovat zákaz kouření, požívání a zneužívání alkoholických nápojů a omamných či návykových látek

V Brně dne:

čas:

Podpis:

.....
 zákonný zástupce/opatrovník

.....
 Přijímací lékař

V případě, že se zákonný zástupce/opatrovník nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Svědék:

.....
 Jméno a příjmení

.....
 Podpis svědka

¹ za nezletilého pacienta činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce, za pacienta omezeného ve svéprávnosti opatrovník (*nevýhovující přeškrtnout)

	Příjmení	Jméno	Titul	Stránka 2 z 2
	Klinika:			
	Pracoviště:			
	Bankovní spojení: ČNB Brno, Rooseveltova 18, č. ú.: 71138621/0710, IČO:00159816, DIČ:CZ00159816			

Souhlas průvodce hospitalizovaného pacienta

Společně s pacientem se k pobytu ve zdravotnickém zařízení na vlastní žádost přijímá rovněž průvodce hospitalizovaného pacienta.

Průvodce pacienta (zákonný zástupce/opatrovník pacienta, dále jen „průvodce“):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Vztah k pacientovi:

Datum k přijetí:

Průvodce podpisem níže prohlašuje, že požádal o umožnění pobytu s nezletilým / osobou omezenou ve svéprávnosti* (dále jen „pacient“), byl poučen a zavazuje se dodržovat Nemocniční řád Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, dále jen „FNUSA“.

Průvodce podpisem níže souhlasí s tím, že pobyt průvodce při hospitalizaci pacienta bude uskutečněn za podmínek uvedených v tomto souhlasu; bude přispívat také k tomu, aby pacient dodržoval Nemocniční řád FNUSA.

Průvodce podpisem tohoto souhlasu prohlašuje, že požádal o druh pobytu²:

1. **Celodenní pobyt průvodce bez stravy** zahrnuje pouze režijní a provozní náklady ve výši Kč na každý jeden den pobytu.

V tomto případě si musí průvodce zajistit stravu sám (nemocniční bufet, obchody v okolí nemocnice, donáška z domu či odjinud).

2. **Celodenní pobyt průvodce se stravou včetně režijních a provozních nákladů** činí Kč za každý jeden den pobytu.

3. Pobyt průvodce dítěte do 6-ti let indikovaný lékařem (není zpoplatněn) .

4. Pobyt průvodce je indikován zdravotní pojišťovnou (není zpoplatněn).

5. Denní pobyt průvodce – průvodce si zajistí stravu sám a na noc odchází domů (není zpoplatněn).

Průvodce podpisem níže prohlašuje, že přijímající lékař, který mu poskytl informace a poučení, mu zřetelně a srozumitelně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto souhlasu, průvodce měl(a) možnost klást doplňující otázky, které mu byly zodpovězeny.

Zároveň se průvodce podpisem tohoto souhlasu zavazuje uhradit FNUSA související náklady.

Průvodce bere na vědomí, že za 1. a 2. druh pobytu je povinen zaplatit úhradu dle aktuálního ceníku FNUSA a tohoto souhlasu a zavazuje se před nebo 1. dnem pobytu uhradit zálohu za 1. den pobytu a následně uhradit doplatek nákladů (rozdíl mezi zaplacenou zálohou a celkovou částkou za dobu pobytu dle druhu pobytu 1. nebo 2.) a to při ukončení hospitalizace pacienta nejpozději do 10 pracovních dnů od ukončení hospitalizace pacienta.

Podpisem беру na vědomí podmínky uvedené v tomto souhlasu a souhlasím s nimi.

Podpis:

Průvodce

Přijímající lékař

² Zvolte prosím a označte zakroužkováním pouze jednu z možností 1.-5.