

**SOUHLAS PACIENTA S HOSPITALIZACÍ V AVE CLINIC**

Ave Medical Prague s.r.o., IČ: 175 06 182, Londýnská 160, Praha 2, 120 00

Jméno a Příjmení	
Rodné číslo:	

Přijímající lékař/ka mně dostatečně a srozumitelně informoval/a o mém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **SOUHLASÍM s hospitalizací v Ave Clinic a s navrhovanou léčbou**. Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné a nemám další otázky.

- A.** Mám možnost **určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu**, určit způsob podávání informací, dále mohu omezit rozsah podávaných informací nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací kterékoliv osobě nebo určeným osobám. Současně mám možnost uvést, zda mnou určené osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o mně vedené a zda jim náleží právo na pořízení výpisů nebo kopií. Dále mám právo sdělit, zda mnou určené osoby mají právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem k zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama. (Netýká se zdravotních služeb, které lze poskytnout bez souhlasu pacienta). Určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o svém zdravotním stavu můžu kdykoliv odvolat.

( Označte křížkem pouze v případě využití této možnosti. \* Zakroužkujte platnou odpověď.)

- SOUHLASÍM** s poskytováním informací o svém zdravotním stavu těmto osobám:

- 1. Jméno a příjmení:** \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa: \_\_\_\_\_

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace – **ANO** – **NE\***
- právo pořizovat výpisy/kopie – **ANO** – **NE\***
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama – **ANO** – **NE\***
- způsob sdělování informací:

osobně

telefonicky po uvedení hesla: \_\_\_\_\_

- 2. Jméno a příjmení:** \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa: \_\_\_\_\_

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace – **ANO** – **NE\***
- právo pořizovat výpisy/kopie – **ANO** – **NE\***
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama – **ANO** – **NE\***
- způsob sdělování informací:

osobně

telefonicky po uvedení hesla: \_\_\_\_\_

- 3. Další osoby:**

---

---

- OMEZUJI** rozsah informování o svém zdravotním stavu výše určeným osobám takto:

- 
- Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o svém zdravotním stavu jakékoliv osobě.
- Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o svém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:

1) Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

2) Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

**B.** Byl/a jsem poučen/a o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu.

- Výslovně se **VZDÁVÁM** podání informace o svém zdravotním stavu.

**C.** Mám možnost uložení větší částky peněz, platebních karet a cenností na oddělení Ave Clinic.

- ODMÍTÁM** uložení větší částky peněz, platebních karet a cenností na oddělení Ave Clinic a přijímám rizika s tím související.

**D.** Byl/a jsem seznámen/a se **svými právy i povinnostmi** při poskytování zdravotních služeb a s **vnitřním řádem zdravotnického pracoviště a zavazuji se jej dodržovat** a dále dodržovat **zákaz kouření**.

**E.** Byl/a jsem poučen/a o užívání léčiv během hospitalizace a **nebudu samostatně bez souhlasu ošetřujícího lékaře užívat žádné léky**. Veškerá léčiva jsem předal/a ošetřujícímu personálu. Při ukončení hospitalizace mi budou použitelná léčiva vrácena.

**F.** Prohlašuji, že veškeré **elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví Ave Medical Prague s.r.o., a které budu v nemocnici používat, jsou bez závad**. Jsem srozuměn/a, že **jsem odpovědný/á za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů**.

V Praze, dne \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_ hod.

---

**Podpis pacienta**

---

**Podpis a jmenovka lékaře**

**Podpisová doložka svědka:**

---

Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

---

Způsob, jakým pacient projevil vůli

---

Jméno a příjmení svědka

---

Podpis svědka