

Poučení a informovaný souhlas zákonného zástupce pacienta s hospitalizací

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Jméno zákonného zástupce

Datum narození

Vztah k pacientovi:

Důvod hospitalizace:

Souhlasím s hospitalizací ode dne:

Podpis zákonného zástupce pacienta

Poučení zákonného zástupce v souvislosti s hospitalizací

Poučení o zdravotním stavu – Byl/a jsem srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován/a o zdravotním stavu mého dítěte a navrženém individuálním léčebném postupu.

Bylo mi umožněno klást doplňující otázky vztahující se ke zdravotnímu stavu mého dítěte a navrhovaným zdravotním službám, které mi byly srozumitelně vysvětleny.

Byl/a jsem informován/a o tom, že se na poskytování zdravotních služeb mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace, a že mohu přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a nahlížení do zdravotnické dokumentace zakázat.

Souhlasím, že moje dítě bude uvedeno v přehledu pacientů hospitalizovaných na příslušném pracovišti.

V případě nutnosti dávám souhlas s k odběru biologického materiálu (krev, moč, sputum, výtěry pro mikrobiologické vyšetření) na potřebná vyšetření

Souhlasím/nesouhlasím s provedením vyšetření sluchu mého dítěte zaměřeného na včasný záchyt nejčastějších vrozených postižení sluchu.

Souhlasím/nesouhlasím s provedením vyšetření zobrazovacími metodami (ultrazvuk, rentgen)

Souhlasím/nesouhlasím s označením postýlky/inkubátoru – cedulka se jménem dítěte, datem jeho narození a porodní hmotnost.

Souhlasím/nesouhlasím s dokrmováním mého dítěte umělým mlékem, glukózovým sirupem.

Byl/a jsem poučen/a, že mohu v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o osobě mého dítěte, pořizovat si její výpisy nebo kopie. Do záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky vedených o osobě mého dítěte, mohu nahlížet nebo si pořizovat výpisy nebo kopie pouze v rozsahu záznamu popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů.

Byl/a jsem poučen/a, že vždy když budu odcházet od dítěte (pro pleny, na toaletu, do sprchy apod.), musím dítě uložit do postýlky, nikdy nesmí být položené na posteli nebo ne přebalovacím stole! Nikdy nebudu nechávat spát dítě společně se mnou v posteli (nebezpečí pádu, udušení, zalehnutí dítěte). Při odchodu mimo oddělení (bufet, procházka) uvědomím zdravotnický personál. Není možné chodit s dítětem v náručí mimo pokoj (nebezpečí pádu a úrazu Vašeho dítěte).

Přeji si, aby o zdravotním stavu mého dítěte byla informována mnou uvedená osoba(osoby):

Jméno, příjmení

Vztah k pacientovi.....Bydliště.....Tel.....

Jméno, příjmení

Vztah k pacientoviBydliště.....Tel.....

Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, pořizovat si její výpisy nebo kopie. Do záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky vedených o mé osobě, mohu nahlížet nebo si pořizovat výpisy nebo kopie pouze v rozsahu záznamu popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů.

Vyslovuji zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu mého dítěte této osobě(osobám):

Jméno a příjmeníAdresa.....Tel.....

Beru na vědomí, že odpovědi na dotazy na zdravotní stav mého dítěte budou poskytovány pouze určeným osobám. V případě telefonického dotazu pouze na základě sdělení přiděleného hesla, určeného k tomuto účelu.

Bylo mi předáno heslo:

Datum	Hodina	Podpis pacienta (zákonného zástupce/opatrovníka):	
Hlášení okresnímu soudu:	ANO	Dne	Ne
Jméno, příjmení lékaře/ky, který/á provedl/a poučení		Podpis lékaře/ky	
Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, uveďte z jakého důvodu:			
Jak pacient/ka projevil/a svou vůli:			
Jméno, příjmení a podpis lékaře/řky	Jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka /svědka	Datum	Hodina

