

SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

(osobám určeným pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta)

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU:

Souhlasím, aby o zdravotním stavu *mém/mého dítěte byla informována tato osoba, která zároveň může být obeznámena s příslušným rodným číslem (Vaši volbu označte křížkem):

1. Jméno a příjmení:

Vztah: (např. manžel/ka, registrovaný/á partner/ka, matka, otec, dcera, syn, sourozenec, jiná osoba blízká aj.)

- Rozsah poskytnutí informace: ☐ v plném rozsahu ☐ omezeně
(specifikujte rozsah omezení)
- Souhlasím s nahlížením této osoby do zdravotnické dokumentace *mém/mého dítěte a s pořizováním jejích výpisů nebo kopií: ☐ ano ☐ ne
- Souhlasím, aby tato osoba mohla vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě v případě, že nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně: ☐ ano ☐ ne

V případě, že si přejete určit další osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu Vašem (Vašeho dítěte), a které zároveň mohou být obeznámeny s příslušným rodným číslem, uveďte je prosím zde:

2. Jméno a příjmení:

Vztah: (např. manžel/ka, registrovaný/á partner/ka, matka, otec, dcera, syn, sourozenec, jiná osoba blízká aj.)

- Rozsah poskytnutí informace: ☐ v plném rozsahu ☐ omezeně
(specifikujte rozsah omezení)
- Souhlasím s nahlížením této osoby do zdravotnické dokumentace *mém/mého dítěte a s pořizováním jejích výpisů nebo kopií: ☐ ano ☐ ne
- Souhlasím, aby tato osoba mohla vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě v případě, že nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně: ☐ ano ☐ ne

3. Jméno a příjmení:

Vztah: (např. manžel/ka, registrovaný/á partner/ka, matka, otec, dcera, syn, sourozenec, jiná osoba blízká aj.)

- Rozsah poskytnutí informace: ☐ v plném rozsahu ☐ omezeně
(specifikujte rozsah omezení)
- Souhlasím s nahlížením této osoby do zdravotnické dokumentace *mém/mého dítěte a s pořizováním jejích výpisů nebo kopií: ☐ ano ☐ ne
- Souhlasím, aby tato osoba mohla vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě v případě, že nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně: ☐ ano ☐ ne

ZÁKAZ POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

(V případě, že si přejete zakázat poskytování informací o zdravotním stavu Vašem (Vašeho dítěte), označte Vaši volbu křížkem):

☐ Vyslovuji zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu *mém/mého dítěte všem osobám blízkým (s výjimkou osob, kterým jsem udělil/a v tomto formuláři souhlas).

☐ Vyslovuji zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu *mém/mého dítěte těmto osobám blízkým:

Jméno a příjmení:

Vztah: (např. manžel/ka, registrovaný/á partner/ka, matka, otec, dcera, syn, sourozenec, jiná osoba blízká aj.)

Jméno a příjmení:

Vztah: (např. manžel/ka, registrovaný/á partner/ka, matka, otec, dcera, syn, sourozenec, jiná osoba blízká aj.)

Poučení: Všechny Vámi udělené souhlasy (popř. zákazy) se týkají veškeré zdravotnické dokumentace a jiných zápisů vztahujících se k zdravotnímu stavu Vašemu (Vašeho dítěte) vedených ve FN Plzeň. Všechny Vámi udělené souhlasy (popř. zákazy) platí do odvolání, kdykoliv po přijetí do péče je můžete odvolat nebo změnit. Určené osoby budou v případě potřeby kontaktovány ve Vámi uvedeném pořadí. Osoby, kterým zakázete poskytování informací o zdravotním stavu Vašem (Vašeho dítěte), nemohou ani nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat její výpisy nebo kopie. Tyto osoby ani nemohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb Vaší osobě v případě, že nebudete moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně.

KONTAKTNÍ ÚDAJE

Dovolujeme si Vás požádat o sdělení kontaktních údajů, které jsou nezbytné k naplnění Vašich práv/práv Vašeho dítěte a ke splnění našich zákonných povinností během poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti). Níže uvedené osoby budou v případě potřeby kontaktovány Vámi uvedeným způsobem (písemně, ústně, telefonicky, emailem apod.).

Manžel/ka:
jméno a příjmení kontaktní údaje

Registrovaný/á partner/ka:
jméno a příjmení kontaktní údaje

Matka:
jméno a příjmení kontaktní údaje

Otec:
jméno a příjmení kontaktní údaje

Dcera/syn:
jméno a příjmení kontaktní údaje

Sourozenec:
jméno a příjmení kontaktní údaje

Jiná osoba blízká:
jméno a příjmení kontaktní údaje

Ostatní osoby:
jméno a příjmení kontaktní údaje

Poznámka: Případné změny výše uvedených údajů oznamte prosím při Vaší nejbližší návštěvě naší nemocnice. Bližší informace týkající se vyplňování tohoto formuláře Vám na vyžádání poskytne zdravotnický personál.

DŮLEŽITÉ INFORMACE:

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

Dále si Vás dovoluujeme upozornit, že při pobytu v naší nemocnici jste povinen/na řídit se Vnitřním řádem FN Plzeň umístěným na veřejnosti přístupných místech v celém areálu naší nemocnice. Další Vaše práva a povinnosti jsou uvedena v informačním materiálu Práva a povinnosti pacientů, který je Vám k dispozici na všech zdravotnických pracovištích naší nemocnice.

V Plzni dne:
podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce

Zdravotnický pracovník:
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis