

**Poučení a informovaný souhlas
zákonného zástupce/poručníka s hospitalizací**

Pacient(ka) - jméno a příjmení:	
Rodné číslo: datum narození, není-li r.č. přiděleno:	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce/poručníka:	Datum narození:
Vztah k pacientovi:	
Jméno zákonného zástupce	Datum narození:
Vztah k pacientovi:	
Zde, prosím, uveďte aktuální kontakty zákonného zástupce/poručníka.	
Telefon:	Fax:
E-mail: V případě, že nedisponujete e-mailovou adresou, je možno uvést e-mailovou adresu jiné osoby, na kterou si přejete zasílat zprávy o zdravotním stavu pacienta.	
Jméno a příjmení doporučujícího lékaře:	

Důvod hospitalizace

Na základě posouzení zdravotního stavu pacienta je mu navržena léčba v rámci hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Opavě, z důvodu:

Tento souhlas platí pro všechny překlady pacienta v rámci jedné hospitalizace v PNO.

Souhlas s hospitalizací a navrhovaným léčebným režimem:

Zakroužkujte vyhovující odpověď		
Prohlašuji, že jsem byl/a podrobně informován/a o léčebném režimu stanice, potřebné zdravotní péči. Všechny informace mi byly sděleny srozumitelně, bylo mi umožněno si vše řádně a v klidu rozvážit, klást doplňující otázky a zeptat se na vše, čemu jsem dostatečně nerozuměl/a nebo co považuji za podstatné.	ANO	NE
Souhlasím s navrhovaným postupem léčení a nezbytnou hospitalizací. V rámci léčebného režimu souhlasím s provedením základních biochemických vyšetření (moče a krve) a dalších potřebných diagnostických vyšetření (rentgenologického, počítačové tomografie, očního, neurologického, elektroencefalografického, gynekologického), ev. dalších vyšetření potřebných k upřesnění diagnózy.	ANO	NE
Souhlasím s ošetřením pacienta u odborného lékaře v souvislosti s jeho zdravotním stavem (např. ošetření kožní, ORL, chirurgické, orthopedické, RHB, zubní) a potřebnou medikamentózní léčbou, léčebným, léčebně - výchovným, případně speciálním režimem.	ANO	NE
Beru na vědomí, že v případě agresivity a neklidu lze pacienta na základě rozhodnutí lékaře omezit v souladu s ustanovením § 39, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, či umístit na stanici pro dospělé pacienty (pacient nad 15 let věku).		
Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné mi známé údaje o zdravotním stavu nezletilého, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho/její léčbu, či ohrozit jeho okolí (např. přenosné nemoci).		

Souhlasím, aby osoby připravující se v PN na výkon zdravotnického povolání, byly přítomny při poskytování zdravotní péče pacientovi a aby tyto osoby mohly v nezbytně nutném rozsahu nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace. Beru na vědomí, že všechny tyto osoby jsou při výkonu své činnosti vázány povinnou mlčenlivostí.				ANO	NE
Souhlas se zařazením do speciálního vzdělávání					
Souhlasím se zařazením nezletilého pacienta do výchovně-vzdělávací péče ZŠ a MŠ při zdravotnickém zařízení v Opavě, Olomoucká 88, po dobu hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Opavě.				ANO	NE
Souhlas zákonného zástupce/poručnicka s podáváním informací					
Souhlasím s podáváním informací o zdravotním stavu pacienta jiným osobám. Vypište konkrétní osoby:					
Jméno a příjmení:	Datum nar.:	Vztah k pac.:	Kontaktní adresa:	Telefon:	
Výslovně si nepřejí podávat informace těmto osobám:					
Souhlas zákonného zástupce/poručnicka s nahlížením do zdravotnické dokumentace.					
Souhlasím s nahlížením jiných osob do zdravotnické dokumentace pacienta. Vypište konkrétní osoby:					
Jméno a příjmení:	Datum nar.:	Vztah k pac.:	Kontaktní adresa:	Telefon:	
Souhlasím, aby pacienta vyzvedával:					
Jméno a příjmení:	Datum nar.:	Vztah k pac.:	Kontaktní adresa:	Telefon:	
Za účelem: vycházek dovolenek			ANO ANO	NE NE	
Informace o zdravotním stavu pacienta budou telefonicky poskytovány na základě přiděleného kódu:					
Dne _____ byl pacientovi přiložen identifikační náramek.					
Zákonný zástupce/poručnicka souhlasí s přiložením identifikačního náramku			ANO	NE	
Zákonný zástupce/poručnick je informován o účelu identifikačního náramku.					
Důvod odmítnutí přiložení náramku:					
Jsem si vědom/a, že mám právo své souhlasy (výše uvedené) kdykoliv svobodně odvolat. Seznámil jsem se s dokumenty: Práva pacientů, Domácí řád, Podávání stížností. Uvedené dokumenty jsou dostupné na internetu na adrese www.pnopava.cz					
Jméno a příjmení lékaře/ky	Podpis lékaře/ky			Datum:	
	Podpis zák.zástupce/poručnicka			Datum:	
	Podpis zák.zástupce			Datum:	