



NEMOCNICE POČÁTKY, s.r.o.

Havlíčková 206, Počátky 394 64, tel.: 565 301 370, fax: 565 495 632
web: www.ldn-pocatky.cz, e-mail: ldn-pocatky@ldn-pocatky.cz
Zapsáno Krajským soudem v Českých Budějovicích, spisová značka: C 11977

POUČENÍ A SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Jméno

Příjmení

RČ

Identifikace pacienta LHK, PHK, jinde

Vážená paní, vážený pane.

Dovolte, abychom Vás přivítali v Nemocnici Počátky, s.r.o.. Na základě posouzení Vašeho zdravotního stavu je Vám navržena léčba v rámci hospitalizace. Pokud s navrhovaným řešením souhlasíte, žádáme Vás tímto o souhlas stvrzený Vaším podpisem.

I.

Potvrzuji tímto, že jsem byl/a ošetřujícím lékařem informován/a o mém aktuálním zdravotním stavu a s navrženou hospitalizací souhlasím.

ano

ne

II.

Souhlasím s provedením lékařem navržených vyšetření, krevních odběrů a aplikací léčivých přípravků.

ano

ne

III.

Souhlasím, aby do mé zdravotnické dokumentace nahlíželi, pouze v rozsahu nezbytně nutném, v rámci kontrolní činnosti: osoby pověřené kontrolou zdravotnické dokumentace, interní auditoři a externí auditoři – SAK.

ano

ne

IV.

Souhlasím s tím, že po dobu mé hospitalizace budu mít osobní doklady (Občanský průkaz a Průkaz zdravotního pojištění) uloženy ve složce zdravotnické dokumentace.

ano

ne

V.

Souhlasím s tím, aby lékaři, kteří poskytují zdravotní péči v Nemocnici Počátky, s.r.o., podávali informace o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám.

Jméno, příjmení

Bydliště

.....
.....
.....

ano

ne

VI.

Souhlasím s tím, aby lékař poskytoval informace o mém zdravotním stavu po telefonu níže uvedeným osobám, a беру na sebe riziko, že se ve výjimečných případech mohou informace o mém zdravotním stavu dostat do nepovolaných rukou, protože při poskytování telefonických informací nelze spolehlivě identifikovat volajícího.

Jméno, příjmení	Bydliště	Telefon
.....
.....
.....

ano **ne**

POUČENÍ

I.

Domácí řád oddělení, práva pacientů jsou viditelně umístěny ve společenských prostorách a jsou Vám k dispozici.

II.

Za finanční obnos a cennosti, které neuložíte do centrálního trezoru, personál neodpovídá.

II.

Zákaz kouření ve vnitřních prostorách nemocnice (§ 8 zákona č. 379/2005 o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky).

IV.

Používání soukromých el. spotřebičů není povoleno, mimo mobilních telefonů, nemocnice nenese riziko za poškození, ztrátu, či odcizení a vznik úrazů při jejich používání .

V.

Podpisem potvrzuji, že jsem byl informován, seznámen a že souhlasím s platbou paušálního poplatku ve výši 30,- Kč denně za služby nehrzené ze zdravotního pojištění.

Datum:

Jmenovka a podpis lékaře:

**Podpis pacienta/zákonného zástupce
(popř. svědka):**

Poučení pacienta neprovedeno z důvodu:

.....
.....
.....

Jmenovka a podpis lékaře: