

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ NEZLETILÉHO/DÍTĚTE

### Pacient:

Jméno, příjmení: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

### Zákonný zástupce:

Jméno, příjmení, titul: \_\_\_\_\_

Vztah k dítěti: \_\_\_\_\_

Přijímající lékař: MUDr. \_\_\_\_\_

### INFORMACE K HOSPITALIZACI

Zákonný zástupce byl poučen:

- o právu požadovat informace o zdravotním stavu dítěte,
- o důvodu přijetí dítěte do péče, o jeho zdravotním stavu, povaze a předpokládanému vývoji onemocnění,
- o navrženém diagnosticko léčebném plánu, včetně doporučených dietních opatřeních,
- o právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte a nahlížením do zdravotní dokumentace, včetně pořizování kopií, opisů a výpisů,
- o domácím řádu dětského oddělení a Vnitřním a návštěvním řádu Nemocnice Prachaticce, a.s.
- o právu hospitalizaci odmítnout či přerušit,
- o právu vyslovení zákazu podávání informací o zdravotním stavu dítěte dalším osobám (nevztahuje se na druhého zákonného zástupce, tj. druhého rodiče – není-li soudem určeno jinak),
- o právu nepřetržitého doprovodu dítěte při poskytování zdravotních služeb,
  - o možnosti omezení výkonu tohoto práva za specifických podmínek

### Souhlasím s podáváním informací o zdravotním stavu dítěte těmto osobám:

Jméno, příjmení, titul	Vztah k pacientovi/pacientce	Telefonní číslo

Pro případné telefonické podání informací bude pro výše jmenovaného společně stanovené

heslo: \_\_\_\_\_

### Nesouhlasím, aby o zdravotním stavu dítěte byl/a informován/a:

Jméno, příjmení, titul	Vztah k pacientovi/pacientce

Zákonný zástupce **souhlasí – nesouhlasí\*** s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnických povolání při poskytování péče dítěti.

Zároveň **souhlasí – nesouhlasí\*** s tím, aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte v nezbytně nutném rozsahu

### PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

**Souhlasím s hospitalizací mého dítěte** a uděluji souhlas k provedení potřebného výkonu, bude-li to v zájmu zdraví mého dítěte a jeho zdravotní stav to bude vyžadovat, pokud jej nebude možno z akutních důvodů se mnou projednat.

**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a:**

- O Vnitřním a návštěvním řádu Nemocnice Prachaticce, a.s., včetně Charty práv hospitalizovaných dětí.
- O **převzetí zodpovědnosti za své dítě během pobytu** v Nemocnici Prachaticce, a.s., v případě momentální přítomnosti zákonného zástupce na oddělení.
- O **dodržování pravidel bezpečného pobytu dítěte** v Nemocnici Prachaticce, a.s. **dle individuálního poučení ošetřujícího personálu.**
- O tom, že za svěřené cennosti (mobilní telefon, tablet a podobně) personál neručí.
- O svém právu možné nepřetržité přítomnosti u poskytování zdravotních služeb mému dítěti.
  - O specifických podmínkách, pro které může být toto právo omezeno.

**Prohlašuji**, že vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a plně přejímám odpovědnost za eventuální škody, včetně újmy na zdraví způsobené jejich nesprávnou funkcí a nesprávným použitím.

**Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné mně známé údaje o zdravotním stavu dítěte**, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

**Podpis pacienta/zákonného zástupce:** \_\_\_\_\_

**Podpis lékaře:** \_\_\_\_\_

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin.