

POBYT DOPROVODU PACIENTA PŘI HOSPITALIZACI

– SOUHLAS PACIENTA / DOPROVODU

Pacient:

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Bydliště: _____

Při mé hospitalizaci na oddělení _____ je zde na mé přání/žádost také ubytován/a mně osoba blízká a to pan/í: _____ jako doprovod.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s tím, že poplatek za **1 den pobytu této osoby činí 300 Kč** včetně stravy. Od poplatku za tento pobyt není osvobozen ani držitel dokladu o hmotné nouzi.

Úhrada faktury za ubytování doprovodu se realizuje po ukončení mé hospitalizace a to v **pokladně** nemocnice (1. patro, č. dveří 229, před vchodem na ředitelství).

Ubytování doprovodu uskutečněno v době od: _____, do: _____,

tj. celkem: _____ dní.

V Prachaticích, dne: _____

Podpis pacienta: _____

Doprovod: (vyplňuje se pouze v případě, že se pacient nemůže vyjádřit a pobyt s ním žádá osoba blízká)

Jméno a příjmení: _____

Bydliště: _____

Vztah k pacientovi: _____

Vzhledem k tomu, že se pacient pan/í _____ s ohledem na svůj zdravotní stav či věk nemůže písemně vyjádřit a já jako osoba blízká žádám o pobyt s ním zde, zavazuji se respektovat výše uvedené informace a vnitřní řád Nemocnice Prachatice, a.s.

V Prachaticích, dne: _____

Podpis: _____

Jméno a podpis lékaře: _____

Pobyt průvodce (doprovodu) pojištěnce v lůžkové péči dle platné legislativy:

Pacient /pojištěnec do dovršení věku 6 let (včetně):

- pobyt průvodce je službou hrazenou zdravotní pojišťovnou.

Pacient/pojištěnec starší 6 let*:

- pobyt průvodce je hrazenou službou **jen se souhlasem zdravotní pojišťovny**.

***Zásadní podmínkou je dle zákona nutnost celodenní přítomnosti průvodce vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta.** Tzn., že bez přítomnosti doprovázející osoby není možné poskytnout pacientovi zdravotní péči personálem poskytovatele zdravotních služeb.

Viz § 25 zákona o veřejném pojištění, 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů.