

Souhlas zákonného zástupce s hospitalizací nezletilého pacienta (dítěte)

Pacient	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	

Zákonný zástupce / opatrovník	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště	
Vztah k pacientovi (otec, matka apod)	

Potvrzuji, že jsem byl ošetřujícím lékařem informován o svém aktuálním zdravotním stavu (zdravotním stavu osoby mnou zastupované). Vše mi bylo srozumitelně vysvětleno, bylo mi umožněno se v dostatečné časové lhůtě zvážit možnost se zeptat na veškeré záležitosti, jimž jsem neporozuměl, nebo které považuji za podstatné a **souhlasím** s navrhovanou lázeňskou léčebně rehabilitační péčí.

Dále prohlašuji, že jsem byl ošetřujícím lékařem poučen o svých právech na poskytnutí informací ze své zdravotnické dokumentace, s právem na nahlížení a pořízování výpisů, opisů nebo kopií ze své zdravotnické dokumentace, s právem určit osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu, s právem vyslovit zákaz podání informací o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě. Poučení jsem rozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

Osoba oprávněná k obdržení informace o zdravotním stavu pacienta	
Jméno a příjmení:	
Vztah k pacientovi:	
Telefon:	

Pacient (zákonný zástupce, opatrovník pacienta) žádá poskytovatele, aby informace o zdravotním stavu pacienta byly poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, které zní:

--

Na základě výše uvedeného poučení, kterému jsem úplně porozuměl, dále prohlašuji, že:

1. Souhlasím s vyšetřením mého dítěte a postupem léčby, který byl navržen a o kterém jsem byl informován.
2. Byl jsem podrobně poučen, že nerespektováním léčebného režimu, který byl navržen ošetřujícím lékařem mému dítěti, bych mohl poškodit jeho zdraví.
3. Prohlašuji, že jsem se seznámil s Ubytovacím řádem dětské léčebny a beru na vědomí povinnost dodržovat tento řád, pokyny zaměstnanců a pravidla bezpečného a ohleduplného chování. Současně beru na vědomí, že při porušení tohoto řádu je dětská léčebna oprávněna uložit přiměřená opatření.
4. Prohlašuji, že bez vědomí ošetřujícího lékaře nebude moje dítě užívat žádné vlastní léky.
5. Beru na vědomí a souhlasím s tím, že výkon zdravotní péče může být proveden i jiným lékařem, než který moje dítě dosud ošetřoval.

6. Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti byl mému dítěti odebrán biologický materiál (krev, moč apod.) k provedení potřebných vyšetření.
7. Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti byl proveden i jiný výkon zdravotní péče, pokud se tak stane v zájmu zdraví mého dítěte a pokud jej nebude možno z akutních důvodů se mnou projednat.
8. Souhlasím s tím, aby v případě výskytu náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně zdraví nebo života mého dítěte, takové výkony byly provedeny anebo aby bylo moje dítě převezeno do jiného zdravotnického zařízení.
9. Souhlasím s ošetřením/vyšetřením mého dítěte v jiném zdravotnickém zařízení, pokud se tak stane v zájmu zdraví mého dítěte a jeho zdravotní stav to bude vyžadovat (např. zubní a ORL ošetření).
10. Beru na vědomí, že urgentní stavy a akutní stavy řeší léčebna přivoláním RZS/ZDS. Neakutní zdravotně indikované převozy jsou zajišťovány prostřednictvím ZDS na základě indikace lékaře. V ostatních neakutních případech, kdy zdravotní stav dítěte umožňuje běžnou dopravu, zajišťuje dopravu a doprovod dítěte zákonný zástupce nebo jím písemně pověřená zletilá osoba.
11. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel žádné mně známé údaje o zdravotním stavu mého dítěte, které by mohly nepříznivě ovlivnit výsledek jeho vyšetření nebo léčby nebo ohrozit jeho okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.
12. Beru na vědomí, že informace o zdravotním stavu mého dítěte budou podávány mně, příp. osobám k tomu určeným ošetřujícím lékařem nebo primářem léčebny.

Datum:

.....

podpis pacienta
(zákonného zástupce, opatrovníka)

.....

razítko a podpis ošetřujícího lékaře