

SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Oblastní nemocnice Trutnov a. s., Maxima Gorkého 77, Kryblice, 541 01 Trutnov				IČO 26000237	
Oddělení		Pacient	příjmení		
jméno					
rodné č.					
Zákonný zástupce					
Datum narození			Příbuzenský vztah		
Důvod hospitalizace (srozumitelně, laicky):					

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s možným vývojem svého onemocnění. Byl/a jsem poučen/a o důvodech, které vedou k hospitalizaci. Byl/a jsem poučena/a o možnostech vyšetření a léčby a jiných možnostech poskytnutí zdravotní péče, včetně výhod a nevýhod jiného postupu. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací. **Souhlasím s navrženou hospitalizací včetně případného překlada v rámci nemocnice.**

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

Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebudu užívat žádné vlastní léky.

Byl/a jsem informován/a, že za cennosti neuložené v centrálním trezoru personál neodpovídá. Prohlašuji, že mnou vnesené elektrické spotřebiče jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné užívání a přejímám odpovědnost za vzniklé škody (včetně újmy na zdraví) způsobené jejich nesprávnou funkcí.

Zavazuji se dodržovat pravidla pro pobyt v nemocnici, která jsou uvedena ve **vnitřním řádu pro pacienty**. Byl/a jsem rovněž seznámen/a s denním režimem na příslušném oddělení.

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu těmto osobám (jména, vztah, příp. kontakt):

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu těmto osobám (jména, jiné určení):

Heslo pro telefonický kontakt – po dohodě s pacientem:

Datum, čas:

Podpis pacienta (zák. zástupce):

Jméno,

podpis

zdravotníka:

Jméno a podpis svědka, pokud se pacient není schopen vlastnoručně podepsat: