

## Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní služby

Souhlas pacienta s prováděním vyšetřovacích a léčebných výkonů vyžádaný zejména podle Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.

Prohlašuji, že jsem byl(a) dnešního dne lékařem poučen(a), bylo mi podáno vysvětlení a byly mi poskytnuty veškeré údaje :

- o příčině a povaze onemocnění, jeho stádiu a předpokládaném vývoji (prognóze)
- plánovaných postupech při léčbě, včetně jejich alternativ a hodnocení těchto jednotlivých možných postupů
- právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížením do zdravotnické dokumentace včetně pořizování opisů, výpisů a kopií
- účelu zdravotního výkonu a o tom, jak bude příslušný výkon probíhat
- možných rizicích a důsledcích léčby a jednotlivých zdravotních výkonů
- o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích, a o další potřebné péči
- předpokládaném prospěchu léčby, o jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro zdravotní stav pacienta
- možném omezení v obvyklém způsobu života a případné pracovní neschopnosti po provedení příslušného výkonu, pokud lze takové omezení předpokládat
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a v případě změny zdravotního stavu údajů o změnách zdravotní způsobilosti
- právu pacienta svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud to není vyloučeno zvláštním právním předpisem
- o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu, určit osoby, které se mohou seznámit s jeho zdravotním stavem nebo toto podávání informací vůči některým osobám vyloučit
- o možnosti odvolat svůj souhlas s poskytováním zdravotní služby a také o tom, že odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

Dále prohlašuji, že:

- jsem byl(a) informován(a) o rozsahu zdravotní péče, která je ve zdravotnickém zařízení poskytována
- jsou mi známy důvody hospitalizace
- byl(a) jsem seznámen(a) s vnitřním řádem nemocnice a oddělení, který budu respektovat a souhlasím s ním
- jsem byl(a) seznámen(a) se zákonnými právy pacienta, zejména s právem na úctu a důstojné zacházení, respektování soukromí, s právem znát jména a příjmení zdravotnických pracovníků zúčastněných na poskytování zdravotních služeb

Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu v rozsahu týkajícím se onemocnění, způsobu jeho léčení a prognóze níže uvedené osobě(osobám) a beru na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou.

Informace budou poskytnuty: osobně ano / ne      telefonicky za použití PIN kódu ano / ne

1. Jméno a příjmení ..... Vztah:.....  
Bydliště:..... Telefon:.....

Uvedená osoba má právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a může z ní pořizovat opisy, výpisy a kopie: ano / ne

2. Jméno a příjmení ..... Vztah:.....  
Bydliště:..... Telefon:.....

Uvedená osoba má právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a může z ní pořizovat opisy, výpisy a kopie: ano / ne

3. Jméno a příjmení ..... Vztah:.....  
Bydliště:..... Telefon:.....

Uvedená osoba má právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a může z ní pořizovat opisy, výpisy a kopie: ano / ne

**Souhlasím / nesouhlasím \*)** s případnou fotodokumentací vývoje onemocnění, **Souhlasím / nesouhlasím\*)**, aby v mezích daných právními předpisy tyto výkony prováděli studenti v přípravě k výkonu zdravotnického povolání a aby pracovali s mou zdravotnickou dokumentací. **Souhlasím / nesouhlasím\*)** s tím, že budu informován(a) o svém zdravotním stavu průběžně během lékařských vizit u lůžka v přítomnosti ostatních pacientů. **Souhlasím / nesouhlasím\*)** s uvedením svého jména na dveřích pokoje a na mém lůžku k usnadnění identifikace.

Za předání PIN kódu nesu plnou zodpovědnost a jsem si vědom, že na základě sdělení kódu nemocnice poskytne tázajícímu telefonicky citlivé údaje včetně mého zdravotního stavu. Nemocnice nenese žádnou zodpovědnost za případné zneužití PIN kódu třetími osobami. Byl(a) jsem poučen(a), že za cennosti, které neuložím do ústavní pokladny, a za věci, které mám s sebou na pokoji, personál oddělení neodpovídá.

Souhlasím se sdílením informací o mém zdravotním stavu v elektronické a listinné podobě (výsledky, popisy vyšetření, propouštěcí zprávy apod.) mezi zdravotnickými zařízeními, která se podílejí na diagnostice a léčbě mého onemocnění. Sdílením informací se pro tyto účely rozumí zasílání v listinné podobě prostřednictvím pošty, či osobním předáním, v elektronické podobě formou i nezabezpečeného emailu, faxem, datovou schránkou .

[S ohledem na současnou celosvětovou pandemii považujeme za nutné upozornit v rámci informovaného souhlasu pacienta se zdravotním výkonem na skutečnost, že žádná epidemiologická opatření nemohou zcela eliminovat možnost přenosu koronaviru COVID-19 a vyloučit možnost nákazy touto nemocí v podmínkách zdravotnického zařízení. Tuto okolnost je proto třeba zařadit mezi rizika spojená s poskytovanou zdravotní službou.](#)

[Právní upozornění: Upozorňujeme pacienty, že při vyplňování dotazníků, či pohovory se zdravotníky před vyšetřením či hospitalizací jsou POVINNI uvést ÚPLNĚ a NEZKRESLLENÉ údaje. Jinak se dopustí trestného činu dle podle § 152 trestního zákoníku – Šíření nakažlivé lidské nemoci, se všemi právními důsledky! Za toto chování je možno uložit v jeho základní formě trest odnětí svobody na šest měsíců až tři léta, 2–8 let v době stavu ohrožení státu a 5-12 let při způsobení smrti nejméně dvou osob.](#)

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi řádně odpověděl a uvádím, že uvedená konzultace s lékařem proběhla po dostatečnou dobu. Prohlašuji, že jsem měl(a) možnost poučení uvážit a uvedenému poučení plně porozuměl(a).

Výslovně souhlasím s provedením všech potřebných plánovaných zdravotních výkonů.

**Upozornění:** V některých prostorách Nemocnice Jihlava je namontován kamerový systém ke zvýšení bezpečnosti a bezpečí našich pacientů.

V Jihlavě datum a čas:.....

.....  
podpis lékaře

.....  
podpis pacienta

.....  
podpisy zákonných zástupců \*\*)\*\*\*)  
otec / matka \*)

Vysvětlivky:

\*) nehodící se škrtněte

\*\*) platí pro osobu nezletilou či pacienta zbaveného způsobilostí k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

\*\*) postačí podpis i jednoho přítomného rodiče, vyberte zda podepsal /a otec či matka