

Přijetí do pravidelného dialyzačního programu

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

telefon:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

- 1) Prohlašuji, že souhlasím s přijetím do chronického dialyzačního programu v Městské nemocnici Ostrava.
- 2) Potvrzuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně poučen(a):
 - důvodu mého přijetí do chronického dialyzačního programu, mém zdravotním stavu, povaze a předpokládaném vývoji onemocnění
 - navrženém diagnosticko-léčebném plánu
 - právu, na základě sdělených skutečností, svobodně se rozhodnout pro navrhovaný plán léčby včetně možnosti jej odmítnout
- 3) Potvrzuji, že jsem porozuměl poučení o právech a povinnostech pacientů, dle občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách, zejména o právu:
 - požadovat informace o mém zdravotním stavu, podílet se na rozhodování o poskytování zdravotních služeb
 - nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, pořizovat z ní výpisy nebo kopie těchto dokumentů
 - určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu a vymezit rozsah informací, které mohou být sdělovány
 - vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu všem osobám nebo výslovně určené osobě
 - své rozhodnutí o určení těchto osob kdykoliv v průběhu poskytované péče změnit

Souhlasím, aby o mém zdravotním stavu byl(a) informován(a) osoba (osoby):

jméno, příjmení	telefon

Souhlasím, aby výše uvedená osoba (osoby) měla(y) právo:

nahlížet do mé zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
pořizovat si výpisy nebo kopie zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
obdržet základní informace týkající se mého zdravotního stavu telefonicky Heslo pro telefonické informace (uvedeným osobám jej, prosím, sdělte):	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

označte správnou odpověď

Souhlasím s předáním části zdravotnické dokumentace (recepty, výsledky z vyšetření, laboratorní zprávy, propouštěcí zprávy) níže uvedené osobě (osobám):

jméno, příjmení	telefon

Souhlasím se zasláním části mé zdravotnické dokumentace (e-recepty, výsledky vyšetření, lékařské zprávy) elektronickou cestou:

e – mailová adresa	mobilní telefon

Určuji osoby, které v uvedeném pořadí mohou v případě, že nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním navržených zdravotních služeb, tento souhlas či nesouhlas vyjádřit v mém zastoupení:

jméno, příjmení	telefon

4) Byl(a) jsem lékařem poučen(a) o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mé léčby, které v případě mého souhlasu mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích, na kongresech, publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny pouze z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byl(a) jsem poučen(a), že při jejich prezentaci nebudou zveřejňovány mé osobní údaje (jméno, příjmení) ani další znaky, které by vedly k identifikaci mé osoby.

Ano Ne

S pořizováním takových záznamů souhlasím

označte odpověď

5) Souhlasím:

aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnických povolání (studenti lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, akreditovaných kurzů a učitelky odborné praxe) prováděly u mne pod dohledem pověřeného personálu MNO lékařskou a ošetrovatelskou péči	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
aby do zdravotnické dokumentace týkající se mé osoby nahlíželi v rozsahu nezbytně nutném:	
a) studenti lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, učitelky odborné praxe	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
b) pověření auditoři MNO	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
c) pověření zaměstnanci MNO za účelem získání potřebných údajů v oblasti sociálně zdravotní a právní pro potřeby realizace právních úkonů v zastoupení nemocnice	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Všechny tyto osoby jsou povinny o získaných informacích zachovávat zákonem uloženou mlčenlivost.	

označte odpověď

6) Byl(a) jsem seznámen(a):

- s Domácím řádem oddělení
- s Právy pacientů
- s možností uložení osobních věcí a cenností do uzamykatelných skříněk v šatně pacientů
- o možnosti požádat o konzultaci nutričního terapeuta a sociálního pracovníka

Ano Ne

Ano Ne

Ano Ne

Ano Ne

označte správnou odpověď

7) Při zpracování osobních údajů je v MNO postupováno v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, přičemž nezbytné informace o zpracování osobních údajů jsou pacientovi poskytovány v rámci tištěného dokumentu dostupného v prostorách MNO na nástěnkách, a také na internetových stránkách nemocnice www.mnof.cz.

8) Byl(a) jsem seznámen(a) se zásadami realizace dialyzačního programu, zejména s významem pravidelného poskytování zdravotních služeb a jejich přípravou. Porozuměl(a) jsem poučení o nezbytnosti včasného informování o nemožnosti dodržet stanovený termín mého ošetření.

Nemocnice nejpozději 2 hodiny před termínem plánovaného ošetření, zahájí individuální přípravu zdravotnických prostředků a pomůcek, určených k mému ošetření, které však nelze použít k ošetření jiného pacienta. V případě včas neomluveného nedostavení se k ošetření (nejméně 6 hodin předem) vzniknou nemocnici náklady spojené s přípravou ošetření u hemodialýzy ve výši **4 764,3 Kč** (4072 bodů x 1,17 Kč) a u hemodiafiltrace **5 846,6** (6355 bodů x 0,92 Kč), které při neposkytnutí péče nemohou být hrazeny ze zdravotního pojištění. Přípravky není možno skladovat a musí být likvidovány.

Byl(a) jsem poučen(a) o tom, že nemocnice bude v případě včas neomluveného nedostavení se k ošetření požadovat celkovou částku nákladů ve výši **4 764,3 Kč** nebo **5 846 Kč** (dle plánované metody náhrady funkce ledvin na daný den z dialyzačního předpisu) společně s částkou za zbytný výjezd sanitního vozu (počet ujetých kilometrů x 60 Kč), pokud byl tento objednan. Výše částky se bude odvíjet od aktuálního sazebníku pojišťovny.

Prohlašuji, že lékař a všeobecná sestra, kteří mi poskytli informace a poučení, mi zřetelně a srozumitelně vysvětlili vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu, měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno.

Datum, čas:

Podpis pacienta/zákonného zástupce

Jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který provedl poučení pacienta

Jméno, příjmení a podpis všeobecné sestry, která provedla poučení pacienta