



FN MOTOL

IČP	FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
05	150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
002	Klinika rehabilitace a léčivých prostředků lékařství
335	UK 2 LF a FN Motol
	Přednosta: prof. PaedDr. Pavel Kolář Ph.D.
	ambulance tel.: 22443 5530
	oeb. 101 IČ: 00264203 DIČ: CZ00064203
	Razítko pracoviště

pro
podílet

Souhlas zákonného zástupce s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta

Příjmení:
Jméno:
RČ pacienta:

Vážená paní, vážený pane,

jsme rádi, že jste se rozhodl(a) navštěvovat ambulanci jednoho z pracovišť Fakultní nemocnice v Motole.

A) Poučení zákonného zástupce a pacienta o přítomnosti osob připravujících se na výkon zdravotnického pracovníka

Fakultní nemocnice v Motole je zdravotnickým zařízením, které slouží také výuce lékařů na postgraduálních školeních, studentů lékařských fakult a zdravotnických škol připravujících se na výkon zdravotnického povolání. Dovolujeme si Vás proto informovat, že se na zdravotních službách, které budou poskytnuty osobě Vámi zastupované, mohou podílet i osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka. Tyto osoby mají rovněž právo nahlížet do zdravotnické dokumentace osoby Vámi zastupované, a to v rozsahu nezbytně nutném k zajištění výuky. Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka jsou vázány povinností mlčenlivosti.

Máte právo přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a nahlížení do zdravotnické dokumentace zakázat. Váš případný zákaz nijak neovlivní poskytování zdravotních služeb.

(* V případě Vašeho zákazu prosím zakřížkujte)

- ☒ Výslovně tímto **ZAKAZUJI**, aby byly osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka přítomny poskytování zdravotních služeb osobě mnou zastupované. Rovněž zakazuji nahlížet těmto osobám do zdravotnické dokumentace vedené o osobě mnou zastupované.*

B) Záznam o vyjádření souhlasu/nesouhlasu zákonného zástupce s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta

Dle platných právních předpisů máte možnost určit osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu Vámi zastupované osoby nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací kterékoliv osobě. Současně máte možnost uvést, zda Vámi určené osoby mohou nahlížet do

zdravotnické dokumentace vedené o Vámi zastupované osobě a zda jim náleží právo na pořízení výpisů nebo kopií. Určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu můžete kdykoliv odvolat.

(* Zakroužkujte platnou odpověď)

a) Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované níže uvedené osobě (osobám). *

1) Jméno a příjmení.....

2) Jméno a příjmení.....

b) Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované jakékoliv osobě. *

c) **SOUHLASÍM** s poskytováním informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované níže uvedené osobě (osobám): *

c1) Jméno a příjmení.....tel.....

Kontaktní adresa.....

Tato osoba má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - ANO - NE*

a právo na pořízení výpisů a kopií - ANO - NE*

c2) Jméno a příjmení.....tel.....

Kontaktní adresa.....

Tato osoba má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - ANO - NE*

a právo na pořízení výpisů a kopií - ANO - NE*

c3) V případě potřeby uveďte další osoby:

Dle platných právních předpisů máte právo určit, v jakém rozsahu mají být informace o zdravotním stavu osoby Vámi zastupované poskytnuty Vámi určeným osobám a dále máte právo sdělit, jakým způsobem mohou být informace o zdravotním stavu poskytovány (např. písemně, ústně, apod.).

(* Zakroužkujte platnou odpověď)

a) Souhlasím s informováním určených osob o zdravotním stavu osoby mnou zastupované v úplném rozsahu*

b) Žádám o informování určených osob o zdravotním stavu osoby mnou zastupované v následujícím rozsahu (doplňte): *

c) Informace o zdravotním stavu osoby mnou zastupované mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem (doplňte např. ústně, písemně apod.):

.....

C) Souhlas zákonného zástupce s přidělením dopravce Fakultní nemocnicí v Motole

Pokud lékař indikuje (doporučí) použití zdravotnické dopravní služby (sanita) k přepravě osoby mnou zastupované do místa bydliště, souhlasím s tím, aby osobě mnou zastupované byl vybrán konkrétní dopravce, který s Fakultní nemocnicí v Motole spolupracuje.

ANO - NE*

(*zakroužkujte odpověď; zaškrtnete-li NE, osoba Vámi zastupovaná tím neztrácí v případě indikovaného převozu nárok na sanitu)

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka zdravotnického pracovníka

.....
Podpis zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení.....Datum narození.....

Vztah k pacientovi.....