

Souhlas zákonných zástupců s hospitalizací dítěte, lékařským vyšetřením a léčbou

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště

Zákonný zástupce (zákonní zástupci):

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Prohlašuji, že níže uvedeného dne a hodiny jsem byl/a níže podepsaným lékařem řádně, srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o zdravotním stavu mého dítěte, povaze onemocnění a předpokládaném vývoji (prognóze) a dále jsem byl/a informován/a o skutečnosti, že jeho zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci i o následcích případného odmítnutí hospitalizace, s čímž jsem v případě odmítnutí hospitalizace srozuměn/a, a které bez výhrad přijímám. Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o zdravotním stavu dítěte, nutnosti hospitalizace a o navrženém diagnosticko-léčebném plánu, a mi také vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o souhlasu s hospitalizací a že jsem měl/a možnost klást lékaři otázky, na které mi lékař řádně a srozumitelně odpověděl. Zároveň jsem byl/a poučen/a o mém právu svobodně se rozhodnout pro navrhovaný plán léčby, včetně možnosti jej i hospitalizaci na základě sdělených skutečností odmítnout, jakož i o právu udělený souhlas kdykoli odvolat. Na základě výše uvedeného poučení, kterému jsem úplně porozuměl/a prohlašuji, že:

1. Souhlasím s hospitalizací mého dítěte v Olivově dětské léčebně a uděluji v souladu s ustanovením §35, odst. 2, písmeno b), zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby výše uvedený registrující poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi zdravotní služby v daném oboru bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců.
2. Souhlasím s vyšetřením mého dítěte a postupem léčby, který byl navržen a o kterém jsem byl/a informován/a. V průběhu hospitalizace budu průběžně seznamován/a se zdravotním stavem mého dítěte a případnými změnami v léčebném postupu.
3. Beru na vědomí, že důvodem k předčasnému ukončení pobytu nebo nenastoupení na pobyt v rezervovaném termínu ze strany klienta, je pouze nepředvídatelná událost (úmrtí v rodině, ošetřování člena rodiny nebo nemoc neslučitelná s léčebně rehabilitační péčí). Ostatní případy budou považovány za porušení léčebného režimu a budou zpoplatněny částkou **500,-Kč** za osobu a den.
4. Beru na vědomí, že výkon léčebné péče může být proveden i jiným lékařem, než který mé dítě dosud ošetřoval. Dále beru na vědomí, že součástí léčebného procesu může být i psychologické vyšetření a péče.
5. Souhlasím s tím, aby v případě výskytu náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně zdraví nebo života dítěte, aby takové výkony byly provedeny.

6. Souhlasím s ošetřením/vyšetřením mého dítěte v jiném léčebném zařízení, pokud se tak stane v zájmu zdraví mého dítěte a jeho zdravotní stav to bude vyžadovat (např. zubní a ORL ošetření).

7. Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti mému dítěti byl odebrán biologický materiál (krev, moč, atd.) k provedení potřebných vyšetření, a v případě nutnosti podávání léků nebo krve do žíly, mu byla zavedena kanyla (hadička) do žíly.

8. Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti byl proveden i jiný výkon léčebné péče, pokud se tak stane v zájmu zdraví mého dítěte a pokud jej nebude možno z akutních důvodů se mnou projednat.

9. Souhlasím s tím, aby vyšetřování a léčení mého dítěte byly přítomny osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, a aby tyto osoby nahlížely do zdravotnické dokumentace vedené o mém dítěti, avšak pouze v rozsahu nezbytně nutném.

10. Byl/a jsem podrobně poučen/a, že nerespektování léčebného a dietního režimu, který byl navržen ošetřujícím lékařem mému dítěti, bych mohl/a vážně poškodit jeho zdraví.

11. Prohlašuji, že bez vědomí ošetřujícího lékaře nebude pacient užívat žádné vlastní léky.

12. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o zdravotním stavu mého dítěte, které by mohly nepříznivě ovlivnit výsledek vyšetření nebo léčby mého dítěte nebo ohrozit jeho okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

13. Beru na vědomí, že informace o zdravotním stavu mého dítěte budou podávány ošetřujícím lékařem nebo primářem léčebny.

14. Souhlasím, aby **Olivova dětská léčebna poskytla informace** o zdravotním stavu mého dítěte těmto osobám:

1.
Jméno, příjmení, adresa, vztah k dítěti, telefon, případně jiné kontaktní údaje

2.
Jméno, příjmení, adresa, vztah k dítěti, telefon, případně jiné kontaktní údaje

Výše uvedené kontaktní osobě/kontaktním osobám mohou být sděleny:

veškeré informace informace pouze v následujícím rozsahu:

Způsob sdělení informací:

ústně písemně telefonicky/SMS emailem

Uvedená kontaktní osoba/kontaktní osoby:

může nemůže nahlížet do zdravotnické dokumentace mého dítěte.

může nemůže pořizovat opisy, kopie a výpisy ze zdravotnické dokumentace mého dítěte.

15. Potvrzuji, že jsem byl/a srozumitelně poučen/a a porozuměl/a jsem právu vyslovit zákaz podávání informací o zdravotním stavu dítěte dalším osobám (nevztahuje se na druhého z rodičů dítěte, tj. druhého zákonného zástupce, pokud není soudem určeno jinak)

.....

16. Byl/a jsem seznámen/a s Domácím řádem Olivovy dětské léčebny.

17. Beru na vědomí, že není v možnostech Olivovy dětské léčebny zabezpečit proti odcizení, ztrátě či poškození věci, které jsem nepředal/a do úschovy a ponechal/a mému dítěti k užívání na pokoji během hospitalizace (např. hračky, knihy, cennosti, elektronická zařízení).

18. Nesouhlasím s těmito body prohlášení:

.....

19. Byl/a jsem poučen/a, že tento souhlas mohu kdykoliv zcela, nebo částečně bez jakýchkoliv následků pro moji osobu písemně odvolat. Beru na vědomí, že takové odvolání souhlasu a musí být doručeno osobně nebo doporučeným dopisem a že nemá zpětnou účinnost.

V Říčanech dne: hod:

Podpis zákonného zástupce:

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta:

V Říčanech dne: hod:

Podpis lékaře:

Pozn.

Údaje o doprovodných osobách:

Jméno	Kontakt	Termín
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

**Pokud Vás zajímá, jak zacházíme s Vašimi osobními údaji, využijte následující odkaz:
<https://www.olivovna.cz/ochrana-osobnich-udaju/>, případně napište na adresu dpo@olivovna.cz*