

Souhlas s hospitalizací

Jméno a příjmení pacienta: RČ.:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce¹Klinika / oddělení: **Odd. 56 NJIP Pediatrické kliniky LF MU a FN Brno**

Seznámení provádějící zdravotnický pracovník:

Důvod hospitalizace: **Rozštěpová vada úst**

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s důvodem hospitalizace a že s hospitalizací souhlasím.

Současně prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s organizačně provozními podmínkami hospitalizace stanovenými domácím řádem a ostatními předpisy FN Brno a zavazuji se je dodržovat, zejména:

- při ukládání osobních věcí se budu řídit výslovnými pokyny přijímajícího zdravotnického pracovníka;
- peníze a jiné cenné věci (např. šperky, mobilní telefon apod.) omezím jen na nejnutnější minimum. Beru na vědomí, že peníze nad 500,- Kč a ostatní cenné věci mohou předat prostřednictvím přijímajícího zdravotnického pracovníka proti potvrzení do úschovy s tím, že nebudou předány, FN Brno za ně neodpovídá.
- budu dodržovat přísný zákaz vnášení zbraní;
- budu dodržovat zákaz kouření.

Dále jsem byl(a) informován(a):

- o možnosti získat za úplatu po skončení hospitalizace „Hospitalizační účet pacienta“. O vystavení tohoto účtu za úplatu mohu požádat prostřednictvím ošetřujícího personálu. Po vyplnění formuláře „Žádost o hospitalizační účet“ obdržím tento doklad v termínu do dvou měsíců poštou na adresu bydliště;
- o možnosti vyplnit Dotazník spokojenosti. Tento dotazník je k dispozici na požádání u ošetřujícího personálu nebo v elektronické podobě na webových stránkách FN Brno. Po vyplnění dotazník vložte do označené schránky;
- v případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta, jsem byl informován o základní škole a mateřské škole, které působí při FN Brno a umožňuje mému dítěti výuku v základních předmětech v návaznosti na učivo probírané v daném ročníku školy po dobu jeho hospitalizace.

V dne:

podpis:
pacient (zákonný zástupce) zdravotnický pracovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:

Svědék:
jméno a příjmení podpis

¹ za nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce