

## Souhlas pacienta s krátkodobou hospitalizací Souhlas pacienta s operačním výkonem

Vážená paní, vážený pane,

z důvodu provedení operačního výkonu v rámci tzv. jednodenní medicíny, je Vám lékařem doporučena hospitalizace v našem zdravotnickém zařízení.

Pacient: \_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození, bydliště*

Zákonný zástupce nebo opatrovník: \_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi*

### **I. Poučení**

Vaše krátkodobá hospitalizace v našem zdravotnickém zařízení je nezbytná z důvodu provedení operačního výkonu a sledování Vašeho pooperačního stavu.

Tímto souhlasem zároveň potvrzujete, že jste byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

### **Prohlášení a informovaný souhlas**

Prohlašuji, že níže uvedeného dne a hodiny jsem byl/a níže podepsaným lékařem řádně a srozumitelně poučen/a o povaze operačního zákroku, předpokládaném průběhu i možných komplikací v souvislosti s tímto zákrokem.

Jsem si vědom/a, že tento zákrok bude proveden v rámci tzv. jednodenní medicíny, kdy setrvám ve zdravotnickém zařízení maximálně 24 hodin ke sledování bezprostředního pooperačního stavu. Další léčba bude probíhat dle doporučení ošetřujícího lékaře ambulantně.

### **II. Kontaktní osoby a podávání informací**

Ve smyslu ust. § 23 odst. 1 a § 67b odst. 12 zákona č. 20/1966 Sb. jste oprávněn/a rozhodnout o tom, kterým osobám a v jakém rozsahu jsme oprávněni poskytovat informace o Vaší hospitalizaci, o Vašem zdravotním stavu a o potřebných zdravotních výkonech.

O uvedení kontaktní osoby Vás zdvořile žádáme v každém případě. Pokud si přesto přejete, abychom neinformovali nikoho, uvedenou kolonku proškrtněte.

Prosíme, uveďte, komu z Vašeho blízkého okolí jsme oprávněni poskytnout informace o tom, že jste byl/a hospitalizován/a v našem zdravotnickém zařízení (kontaktní osoba, osoby).

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

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

Pokud si přejete, nemusíte uvádět všechny oprávněné osoby konkrétně, ale pouze uvést např. „manžela a děti, apod.“ V každém případě však uveďte alespoň jednu osobu konkrétně s kontaktními údaji.

Prosíme, zde uveďte, v jakém rozsahu jsme oprávněni informovat tuto osobu (osoby) o vývoji Vašeho zdravotního stavu a o poskytovaných zdravotních výkonech:

.....  
.....

Dovolujeme si Vás zdvořile informovat o tom, že shora uvedené osoby a rozsah jejich informování jste oprávněn/a kdykoli změnit. Za tímto účelem kontaktujte svého ošetřujícího lékaře.

Dále Vám sdělujeme, že podle ust. § 23 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění je zdravotnický pracovník (zpravidla Váš ošetřující lékař) povinen informovat Vás, ale i další osoby v souladu s tím, jak jste shora uvedl/a o účelu, povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích.

Na základě výše uvedeného poučení, kterému jsem úplně porozuměl/a prohlašuji, že **souhlasím** s hospitalizací.

### **Poučení a souhlas pacienta s operačním výkonem**

Operační výkon:

.....  
.....  
.....  
.....

Byl/a jsem srozumitelně ústně seznámen/a s mým zdravotním stavem, možnostech vyšetření a léčby i důvodech, které vedou k výše uvedenému operačnímu výkonu.

S provedením typu operace u mého onemocnění **souhlasím** a jsem si vědom/a všech rizik či komplikací s operačním výkonem souvisejících.

Ve Zlíně, dne.....

hodina.....

\_\_\_\_\_  
Vlastnoruční podpis pacienta **platný pro oba** výše uvedené informované souhlasy  
(případně zákonného zástupce nebo opatrovníka)

\_\_\_\_\_  
Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl