



ALBERTINUM, odborný léčebný ústav
Za Kopečkem 353, 564 01 ŽAMBERK
IČO 00196096

štítek pacienta

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB A ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

Byl(a) jsem lékařem/lékařkou srozumitelně poučen(a) o mém zdravotním stavu, o povaze nemoci a předpokládaném vývoji nynějšího onemocnění.

Byl(a) jsem lékařem/lékařkou srozumitelně poučen(a) o navrženém individuálním postupu a event. alternativách (jiných možnostech) léčby, a s tímto plně souhlasím.

Bylo mi umožněno klást doplňující otázky vztahující se k mému zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, tyto mi byly srozumitelně zodpovězeny.

Byl(a) jsem lékařem/lékařkou poučen(a) o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb.

Byl(a) jsem lékařem/lékařkou srozumitelně poučen(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po dobu poskytnutí příslušných zdravotních služeb.

Lékař(ka) mi osobně poskytl(a) informace o předpokládaném prospěchu léčby, léčebných a vyšetřovacích úkonech a jejich významu a event. rizicích a komplikacích léčby.

Souhlasím s prováděním vizit lékaře v přítomnosti spolupacientů.

V případě neočekávaných zdravotních komplikací, vyžadující provedení dalších zákroků nutných k záchraně zdraví a života, souhlasím s provedením všech dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně zdraví či života, a to včetně překladi do jiného zdravotnického zařízení.

Souhlasím s povinnostmi nemocného:

- dodržovat navržený individuální léčebný postup,
- řídit se vnitřním řádem oddělení,
- podávat pravdivé informace o zdravotním stavu, užívání léčivých přípravků, užívání psychotropních látek vč. alkoholu,
- nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky,
- podrobit se vyšetření k prokázání vlivu alkoholu či jiných návykových látek,
- zákaz řízení motorových vozidel.

Podpis pacienta: Jméno a podpis lékaře:

Datum a čas podpisu: