



## Souhlas s hospitalizací dítěte, lékařským vyšetřením, léčbou.

**Jméno a příjmení dítěte:**

**Zdravotní pojišťovna:**

**RČ:**

**Bydliště:**

Po důkladném a podrobném poučení prohlašuji:

1. Souhlasím s hospitalizací mého dítěte v ..... a uděluji souhlas k tomu, aby výše uvedený poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi potřebné zdravotní služby v daném oboru bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců.
2. Souhlasím s jeho vyšetřením a postupem léčby, který byl navržen a o kterém jsem byl/a informován/a. V průběhu hospitalizace budu na požádání průběžně seznamován/a se zdravotním stavem svého dítěte a případnými změnami v léčebném postupu. Beru na vědomí, že součástí léčebného procesu je i psychologická péče.
3. Jsem si vědom/a, že výkon léčebné péče může být proveden i jiným lékařem, než který mé dítě dosud ošetřoval.
4. Souhlasím s ošetřením/vyšetřením, popř hospitalizací 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).
5. 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.
6. 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 v rozsahu nezbytně nutném.
7. Já i moje dítě jsme byli podrobně poučeni, že nerespektování léčebného a dietního režimu, který byl navržen ošetřujícím lékařem mému dítěti, by mohlo vážně poškodit jeho zdraví.
8. Já i moje dítě jsme byli seznámeni s Vnitřním řádem a právy pacientů.
9. Nezamlčel/a jsem nic, co by mohlo negativně ovlivnit výsledek vyšetření nebo léčby mého dítěte.
10. Informace o zdravotním stavu mého dítěte budou podávány ošetřujícím lékařem nebo primářem léčebny pouze jeho zákonným zástupcům osobně. Při podávání informací o zdravotním stavu dítěte po telefonu je nutné se ohlásit předem určeným heslem: ..... (1 slovo - přezdívka, domácí mazlíček, dle vašeho výběru, např. BELA)
11. Nesouhlasím s těmito body prohlášení:
12. Byl/a jsem poučen/a, že tento souhlas mohu kdykoliv zcela, nebo částečně bez jakýchkoliv následků pro moji osobu odvolat.
13. Prohlašuji, že já i moje dítě jsme měli možnost se na cokoli lékaře zeptat a že nám bylo poučení lékařem předáno v pro nás srozumitelné formě.

V

dne:

Jméno a příjmení zák. zástupce:

(hůlkovým písmem)

Podpis zákonného zástupce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

(hůlkovým písmem)

Podpis zákonného zástupce:

Jméno a příjmení dítěte staršího 14 let

Podpis dítěte

V

dne:

Podpis lékaře léčebny: