

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BOROMEJSKÉHO V PRAZE



Vlašská 36, 118 33 Praha 1. IČ: 73634085

☎: 257197125, Fax: 257530376, e-mail: nmskb@nmskb.cz

Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Pacient/ka: rodné číslo:/.....
příjmení jméno

Zákonný zástupce: vztah:

Poučení a souhlas pacienta / zákonného zástupce

1) Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se zdravotním stavem (svým, resp. dítěte/pacienta) a s možným vývojem onemocnění. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby i důvodech, které vedou k hospitalizaci. Všechny mé dotazy mi byly zodpovězeny. S hospitalizací (svého dítěte/pacienta) v Dětském a dorostovém detoxikačním centru (dále jen „DaDDC“) souhlasím.

2) Dostalo se mi poučení o řádu DaDDC a informace o právech pacientů.

3) - Souhlasím s tím, aby mohly nahlížet do (mé, resp. mého dítěte/pacienta) zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném tyto osoby: a) lékař – supervizor, b) osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání - studenti LF, SZŠ, VZŠ apod., c) pracovníci sociální poradny DaDDC. Všechny uvedené osoby jsou povinny o zjištěných skutečnostech zachovávat mlčenlivost. d) Souhlasím s tím, že moje osobní údaje mohou být v budoucnosti použity pro vědecko-výzkumné účely

4) Beru na vědomí, že mám právo být poučen/a o léčbě včetně invazivních výkonů, případně mohu toto poučení i odmítnout.

5) Beru na vědomí, že majetek NMSKB, který pacient během hospitalizace úmyslně zničí nebo poškodí, bude dán rodičům/zákonným zástupcům k úhradě.

6) Souhlasím# – nesouhlasím#, aby při projevení zájmu mého dítěte o spirituální (duchovní) péči, po splnění podmínek terapeutického programu a řádu DaDDC, mu byla tato péče umožněna.

7) Souhlasím* s navrhovaným léčebným postupem, s nímž jsem byl srozumitelně seznámen: DETOXIFIKACE

8) Souhlasím# – nesouhlasím# s vyšetřením protilátek proti HIV dítěte/pacienta.

V Praze dne: v hod.

podpis pacienta/ky a/nebo
zákonného zástupce

Lékař/ka provádějící poučení:
jmenovka, podpis

Poznámky: (heslo, kontaktní osoby, jméno obvod. pediatra, výjimky apod.)

.....
.....

nehodící se škrtněte

* nesouhlas – sepíše se Negativní revers