

 MMN a.s. Metyšova 465 514 01 Jilemnice IČO: 05421888 tel.: 481 551 111	04_MMN_F_001 INFORMOVANÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ A POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ	Strana 1 z 3 Verze: 04, 09/2026
--	--	------------------------------------

INFORMOVANÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ A POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ

Pacient /štítek:

Razítko oddělení:

RČ pacienta:

Adresa:

Pojišťovna (úhrada):

A) Souhlas pacienta s hospitalizací

Důvod hospitalizace (srozumitelně a laicky) – vyplní lékař: _____

Já, pacient/ka (zákonný zástupce), prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně lékařem informován/a o důvodech a nutnosti hospitalizace, o aktuálním zdravotním stavu a s jeho možným vývojem, o výhodách diagnostického a léčebného postupu a o jeho předpokládané úspěšnosti a důsledcích. Rovněž jsem byl/a seznámen/a s důsledky a možnými komplikacemi, riziky a následky, pokud hospitalizaci odmítnu, a s alternativními postupy při samotné léčbě či diagnostice. Dále mi byly objasněny možné problémy během léčby a možná omezení v obvyklém způsobu života. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno.

Byl/a jsem seznámen/a s právem kdykoliv hospitalizaci odmítnout či přerušit. Beru na vědomí, že toto eventuální rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na další přístup k mé osobě jako k pacientovi nemocnice ze strany lékaře a ošetřujícího personálu. Jsem způsobilý/á k podpisu tohoto souhlasu. Souhlasím s prováděním zdravotnických úkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby, např. aplikace injekcí, infuzí, odběry biologického materiálu, kanylace periferní žíly a další výkony spojené se zdravotní péčí. V případě, že při ošetřování mé osoby dojde k poranění zdravotnického pracovníka, který byl kontaminován mým biologickým materiálem, souhlasím s provedením nezbytných laboratorních vyšetření mého biologického materiálu za účelem ochrany zdraví zdravotnického pracovníka při expozici biologickému materiálu.

O provedení specializovaných výkonů budu informován/a lékařem, který mě v určených případech kromě nezbytné ústní informace předloží k podpisu i informovaný souhlas vztahující se ke konkrétnímu zdravotnímu výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších organizačních a léčebných kroků (opatření) nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby tyto byly provedeny dle uvážení lékaře. Prohlašuji, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí. Beru na vědomí, že tento souhlas mohu kdykoli odvolat, nebude-li tím ohrožen můj život nebo zdraví či život nebo zdraví jiných osob.

B) Vzdání se práva na podání informace o zdravotním stavu

Přeji si být informován/a o mém zdravotním stavu:

ANO / NE*

**nehodící se škrtněte*

C) Záznam o vyjádření souhlasu/nesouhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu

Mám právo určit osoby, kterým mohou být poskytnuty informace o mém zdravotním stavu a osoby, kterým informace být poskytnuty nesmí. Mám právo určit osoby, které smí nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (dále jen „ZD“) a pořizovat si její výpisy či kopie. Jsem si vědom/a, že v případě zhoršení mého zdravotního stavu budou informováni uvedené osoby a byl/a jsem poučen/a, že mohu určit osobu, která bude oprávněna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nebudu-li schopen/a s ohledem na svůj zdravotní stav projevit vlastní vůli.

VYSLOVUJI ZÁKAZ podávat informace o mém zdravotním stavu **jakékoli/níže*** uvedené osobě:

SOUHLASÍM s podáváním informací o mém zdravotním stavu **jen níže uvedeným osobám** při osobním kontaktu nebo telefonicky při **uvedení hesla**:

Jméno / Vztah / Adresa / Telefon	Informace po telefonu	Nahlížení do ZD	Pořizování výpisů/kopíí ZD	Vyslovení souhlasu s poskytováním zdravotních služeb
	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*
	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*
	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*
	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*	ANO / NE*

D) Užívání vlastních léků

Byl/a jsem poučen/a, že se k mé léčbě budou používat pouze léky ordinované mým ošetřujícím lékařem. Bez souhlasu lékaře nebudu užívat žádné léky. Veškeré léky, které jsem pro sebe případně přinesl/a do nemocnice, odevzdám ošetřujícímu personálu a tyto mi budou vráceny po ukončení hospitalizace. V případě odmítnutí uložení léčivých přípravků u ošetřujícího personálu přebírám veškerou odpovědnost v případě zneužití třetí osobou.

SOUHLASÍM s výše uvedenými pravidly pro užívání léků:

ANO / NE*

Mám léky s sebou:

ANO / NE*

E) Souhlas s prováděním vizit a jednoduchých lékařských výkonů

Souhlasím se sdělováním informací týkajících se mého zdravotního stavu při vizitách, včetně souvisejících výkonů prováděných v rámci vizit před ostatními pacienty.

ANO / NE*

F) Soukromí a osobní údaje pacienta

Byl/a jsem informován/a, že při poskytování zdravotních služeb mohou být přítomny osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich škoolitelé v rozsahu stanoveném právními předpisy.

SOUHLASÍM s přítomností výše uvedených osob a jejich možností nahlížet do mé zdrav. dokumentace.

ANO / NE*

Váš případný nesouhlas nemá žádný vliv na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb.

 MMN a.s. Metyšova 465 514 01 Jilemnice IČO: 05421888 tel.: 481 551 111	04_MMN_F_001 INFORMOVANÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ A POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ	Strana 3 z 3 Verze: 04, 09/2026
--	--	--

G) Pořizování obrazových a zvukových záznamů

Pořizování zvukových a obrazových nahrávek v prostorách zdravotnického zařízení je možné pouze po dohodě s příslušným zaměstnancem MMN, a.s. Pořizování záznamů nesmí zasahovat do práv pacientů, zdravotnických pracovníků ani do poskytování zdravotních služeb.

H) Užívání vlastních elektrospotřebičů

Prohlašuji, že mé elektrické spotřebiče jsou technicky způsobilé k bezpečnému používání, nevykazují známky poškození a jsou ve stavu, který umožňuje bezpečné užívání. Přejímám odpovědnost za vzniklé škody (včetně újm na zdraví) způsobené jejich nesprávnou funkcí.

I) Zákaz vstupu se zbraní

Prohlašuji, že nevstupuji do MMN, a.s. se střelnou ani jinou zbraní a zároveň prohlašuji, že poučím své návštěvy, aby nevstupovaly do tohoto zdravotnického zařízení se střelnou ani jinou zbraní.

J) Zákaz kouření

Byl/a jsem poučen/a o zákazu kouření v celém areálu nemocnice, kromě vyhrazených míst.

K) Poučení o zpracování osobních údajů

V souvislosti s vyplněním tohoto dokumentu, resp. s Vaší hospitalizací, pokud k ní dáváte souhlas, bude nemocnice MMN, a.s. zpracovávat osobní údaje (Vaše či jiných osob, pokud jste jejich osobní údaje do souhlasu uvedli). Ujišťujeme Vás, že zpracování osobních údajů a jejich ochraně věnujeme v našem zdravotnickém zařízení velkou pozornost. Podrobnější informace týkající se zpracování osobních údajů a toho, jaká máte v souvislosti s tímto zpracováním práva, naleznete v dokumentu nazvaném „Informace o zpracování osobních údajů pacientů v MMN, a.s.“. Dokument najdete na webovských stránkách naší nemocnice.

S hospitalizací souhlasím.

V _____ dne _____ v _____ hodin

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let

Jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka

Nemůže-li se pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno, příjmení a podpis svědka: _____

Způsob, jakým pacient projevil vůli: _____

Důvod nepodepsání souhlasu: _____