

# POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PŘEVZETÍM DO AMBULANTNÍ PÉČE

## PACIENTKA

Jméno a příjmení: .....

Číslo pojištěnce a kód pojišťovny: .....

Rodné číslo: ..... Datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu (nebo jiná kontaktní adresa): .....

Byla jsem seznámena s právy pacientů. ANO  NE

Byla jsem seznámena s důvody, které vedou k převzetí do ambulantní péče. ANO  NE

Důvody jsou: .....

S převzetím do ambulantní péče včetně léčebně-diagnostických výkonů souhlasím. ANO  NE

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byl(a) informován(a) pan(i): .....

Adresa trvalého bydliště: .....

Přeji si, aby výše uvedená osoba měla právo:

a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, ANO  NE

b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace. ANO  NE

V OLOMOUCI DNE ..... ČAS ..... PODPIS PACIENTKY .....

## NEVYPLŇUJTE! VYPLNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ.

Jméno, příjmení, titul, podpis lékaře(řky)

a razítko zdravotnického zařízení: .....

Důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat: .....

Jak pacientka projevila svou vůli: .....

Jméno, příjmení, titul, podpis zdravotnického pracovníka/svědka

(v případě, kdy se pacient nemůže podepsat) .....