

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

Souhlasím s telefonickým sdělováním informací o mém zdravotním stavu.

Heslo pro komunikaci:

V OLOMOUCI DNE ČAS PODPIS PACIENTKY

NEVYPLŇUJTE! VYPLŇÍ 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)