



Informovaný souhlas pacienta lůžkového oddělení následné péče

Jméno:

RČ:

Dg.:

Souhlasím s hospitalizací na lůžkovém odd. následné péče a prohlašuji, že jsem byl/a informován/a lékařem o povaze a prognose svého onemocnění, které vyžaduje doléčení na LONP, dále jsem byl/a informován/a o rozsahu poskytované léčebné a rehabilitační péče, plánovaných postupech při léčbě, včetně rizik souvisejících s léčbou a rehabilitací. Současně jsem byl/a informován/a a souhlasím, že v případě akutního zhoršení mého zdravotního stavu včetně event. nutnosti dočasné imobilizace, stanoví lékař způsob mechanického či farmakologického omezení na nezbytně nutnou dobu před převozem na lůžka akutní péče .

Prohlašuji, že jsem nezamlčel/ a žádné, mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a :

- se jmény ošetřujícího personálu
- se svými právy dle Kodexu práv pacienta
- s denním režimem lůžkového oddělení následné péče
- s možností uložení hotovosti v trezoru a s tím, že Poliklinika Prosek a. s. neručí za neuložené cennosti a mobilní telefony
- o možnosti a vhodnosti uložení i konzumace donesených potravin, s ohledem na můj zdravotní stav a dietní omezení
- s tím, že bez vědomí lékaře a jeho svolení nebudu užívat žádné léčebné přípravky a potravinové doplňky, jinak může být moje hospitalizace předčasně ukončena
- s použitím vhodné obuvi, která, pokud nebylo operatérem stanoveno jinak, splňuje tyto požadavky: možnost pevného upnutí pásky přes nárt, protiskluzová podrážka – bez podpatku
- s tím, že větrání na pokojích je z důvodu bezpečnosti možné pouze ventilací. Otevírat celé okenní křídlo lze pouze v přítomnosti personálu
- z důvodu bezpečnosti vlastní i ostatních pacientů je povinností odevzdat veškeré chronicky užívané léky zdravotní sestře (lékaři). U sebe mohu mít pouze léky tzv. pohotovostní, které však musí být nahlášené a uzamčené.
- pacient souhlasí s podáváním vnesených léčiv.

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu, o mých dietních omezeních a o další případné edukaci:

Vztah:

Jméno:

Bydliště:

Telefon:

Datum:

Čas:

Podpis zdravotní sestry

Podpis pacienta