

INFORMOVANÝ SÚHLAS A POUČENIE PACIENTA



Pacient

Priezvisko:

Meno:

Dátum narodenia:

Kód poisťovne:

Ambulancia

Ambulancia: **Jednodňová zdravotná starostlivosť**

Telefón: +421 33/38 10 116

Pacienta poučil: MUDr.

VYHLASUJEM,

- že som bol/a v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zrozumiteľným spôsobom poučený/á o povahe môjho zdravotného stavu, o postupe pri navrhovaných spôsoboch vyšetrení či lekárskych výkonov, (vrátane druhu zvažovanej anestézie), ako aj o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.
- že som podľa svojho najlepšieho vedomia a svedomia povedal/a vyšetrojúcemu lekárovi všetky dôležité skutočnosti, ktoré môžu mať vplyv na odporúčané vyšetrenie či lekárskeho výkonu a nezamlčal/a som nič, čo by mohlo negatívne ovplyvniť výsledok vyšetrenia alebo operačného výkonu.

Svojím podpisom **POTVRDZUJEM,**

- že súhlasím s realizáciou lekárskeho vyšetrenia a výkonov v súvislosti s operačným výkonom: v rozsahu, v akom som bol/a poučený.
- že súhlasím, aby v nevyhnutnom prípade bol prevedený aj iný výkon, ako ten, ktorý je uvedený v predchádzajúcom bode, pokiaľ to nebude možné z akútnych dôvodov so mnou prekonzultovať a bude to nevyhnutné zo závažných medicínskych dôvodov a v záujme môjho zdravia.
- že súhlasím, aby ma poliklinika Hipcentrum s.r.o. telefonicky kontaktovala pri manažovaní predoperačnej prípravy.
- že osoba oprávnená oboznámiť sa s mojim zdravotným stavom je
- že rozumiem pooperačnému zotavovaniu sa v domácom prostredí. Osoba, ktorá sa o mňa postará je.....
Osoba ktorá mi zabezpečí dovoz/odvoz je....., telef. kontakt.....
- že súhlas dávam pri plnom vedomí a svojím podpisom potvrdzujem, že som právne spôsobilý samostatne sa rozhodovať bez akéhokoľvek obmedzenia mojej spôsobilosti na právne úkony a vôľová stránka mojej osobnosti nie je oslabená danosťou môjho zdravotného stavu a primerane zodpovedá mojej rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu.
- udelený informovaný súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať.

BERIEM NA VEDOMIE že:

- zdravotnícke zariadenie nenesie zodpovednosť za prípadnú škodu, ktorá by mohla vzniknúť v dôsledku mnou spomenutých nepravdivých alebo neúplných informácií,
- som povinný správať sa podľa pokynov zdravotníckych pracovníkov a dodržiavať liečebný režim,
- v celom areáli zdravotníckeho zariadenia platí zákaz fajčenia, požívania a donášania alkoholických nápojov,
- zdravotnícke zariadenie neručí za stratu na donesených alebo odložených veciach v zdravotníckom zariadení, okrem prípadu, ak škoda vznikla na veciach donesených, umiestnených alebo odložených na mieste na to určenom.

Poliklinika Hipcentrum, s.r.o. ako prevádzkovateľ podľa zákona č. 18/2018 Z.z. **O OCHRANE OSOBNÝCH ÚDAJOV** a o zmene a doplnení niektorých zákonov spracúva osobné údaje pacienta. Právnym základom na spracúvanie osobných údajov je plnenie zmluvného vzťahu medzi Poliklinikou Hipcentrum, s.r.o. ako poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a pacientom, nevyhnutnosť spracúvania osobných údajov podľa osobitných predpisov (napr. zákon č. 576/2004 Z.z.), ako aj oprávnený záujem Polikliniky Hipcentrum, s.r.o. najmä v súvislosti s vykazovaním zdravotnej starostlivosti zdravotným poisťovníam a vedením zdravotnej dokumentácie. Osobné údaje budú uchovávané počas poskytovania zdravotnej starostlivosti a počas doby potrebnej archivácie v súvislosti s povinnosťou vedenia a uchovávaním zdravotnej dokumentácie. Svojím podpisom zároveň **POTVRDZUJEM**, že som bol/a oboznámený/á najmä:

- s kategóriami príjemcov osobných údajov, ktorým môžu byť poskytnuté osobné údaje – zdravotné poisťovne, iní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (napr. ambulantné zariadenia, zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a iní), poskytovatelia služieb súvisiacich s vykazovaním zdravotnej starostlivosti a v súvislosti so zálohovaním elektronických údajov a ďalšie subjekty, ktorým je Poliklinika Hipcentrum, s.r.o. povinná poskytovať údaje podľa osobitných predpisov – bližšie informácie u prevádzkovateľa.
- so svojím právom na prístup k svojim osobným údajom, právom na opravu, vymazanie osobných údajov (pokiaľ toto právo nie je v rozpore s povinnosťou Polikliniky Hipcentrum, s.r.o. viesť a uchovávať osobné údaje pacienta ako súčasť zdravotnej dokumentácie), právom na obmedzenie spracúvania osobných údajov, právom odvolať súhlas so spracovaním osobných údajov (ak je súhlas právnym základom spracúvania), právom na namietanie spracúvania osobných údajov, právom na prenosnosť osobných údajov ako aj právom podať návrh Úradu na ochranu osobných údajov na začatie konania v prípade porušenia práv na ochranu osobných údajov.

SOM SI VEDOMÝ/Á, že:

1. po operačnom výkone sa môžu vyskytnúť tieto ťažkosti:
 - ľahká nevoľnosť, mierna bolesť v svaloch alebo v operačnej rane,
 - asi jeden týždeň zvýšená únava,
2. v prípade, že nastane také zhoršenie zdravotného stavu, ktoré nie je možné riešiť ambulantne v JZS a vyžaduje si poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, budete hospitalizovaný/á v Univerzitnej nemocnici Bratislava.
3. v prípade ťažkosti do stanovenej kontroly, budete kontaktovať **+421 33/38 10 116**, recepcia polikliniky Hipcentrum.

Vyhlasujem, že som si prečítal/a pokyny pre pacienta v jzs, ich obsahu som porozumel/a beriem ich na vedomie.

V Pezinku, dňa

.....
meno a priezvisko pacienta

.....
podpis pacienta alebo jeho zákonného zástupcu