

**PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BRNO**  
Húskova 2, 618 32 Brno

---

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE (HOSPITALIZACE)**

Stanice:

Ošetřující lékař:

Jméno pacienta:

Bydliště:

Zaměstnání:

Datum narození:

Číslo chorobopisu:

Zdravotní pojišťovna:

Vážená paní,  
Vážený pane,

naše zdravotnické zařízení, které má k dispozici vysoce kvalifikované zaměstnance, moderní technické vybavení a všechna potřebná léčiva, je připraveno Vám poskytnout potřebnou zdravotní péči.

Výsledek naší práce však může podstatným způsobem ovlivnit Vaše spolupráce se zdravotnickým personálem během léčení. Abychom pro tuto spolupráci vytvořili ty nejlepší podmínky, podáváme Vám tímto písemnou informaci o povaze Vašeho onemocnění, jeho předpokládaném vývoji a plánovaných léčebných postupech.

Žádáme Vás, abyste věnoval(a) maximální možnou pozornost následujícím údajům, které navazují na informace a poučení, jenž Vám byly ústně poskytnuty výše uvedeným ošetřujícím lékařem. Na závěr tohoto záznamu po Vás budeme požadovat souhlas s poskytnutím plánované zdravotní péče.

### **1) POUČENÍ A INFORMACE PRO PACIENTA**

**Onemocnění a jeho předpokládaný vývoj:**

**Plánovaný postup léčeni:**

*(alternativy s předpokládaným prospěchem léčby, případných následcích a možných rizicích zdravotního výkonu)*

**Předpokládaný průběh a účel vybraného léčebného postupu:**

*(informace o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních)*

**Možná rizika a nepříznivé důsledky léčby:**

*(možná omezení dosavadního způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a po jeho skončení, změny zdravotního stavu, zdravotní způsobilosti)*

Místo, datum, hodina:

Jméno a podpis ošetřujícího a poučujícího zdravotnického pracovníka:

**2) SOUHLAS PACIENTA S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji,

- že jsem od ošetřujícího zdravotnického pracovníka obdržel informaci o svém zdravotním stavu,
- že jsem měl možnost zdravotnickému pracovníkovi klást opakovaně jakékoliv otázky týkající se mého zdravotního stavu a na všechny mně bylo odpovězeno a odpovědím jsem porozuměl,
- že jsem informacím a poučení plně porozuměl, rozhodl jsem se svobodně a bez nátlaku,
- že výslovně **souhlasím** s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů,

- že souhlasím s tím, aby případně v rámci psychoterapie a lékařských vizit byly informace o mém zdravotním stavu sdělovány za přítomnosti spolupacientů,
- že pro případ výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím s jejich provedením,
- že v případě náhlého zhoršení mého zdravotního stavu, při kterém bych ohrozil sebe nebo své okolí, mohou být k omezení mého volného pohybu použity následující omezovací prostředky: úchop zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, omezení v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin, psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, případně kombinací omezovacích prostředků uvedených výše,
- že pro účel evidence může být ve zdravotnické dokumentaci používáno moje rodné číslo.

Jméno pacienta:

Datum narození:

Bydliště:

Místo, datum, hodina:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce:

*(V případě, že se pacient nemůže podepsat, uvést důvody, opatřit záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a popsat způsob, jakým pacient projevil svoji vůli souhlasit s léčbou.)*

---

*Jedná-li se o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše písemný souhlas.*