

INFORMOVANÝ SÚHLAS A POUČENIE PACIENTA

Pacient

Priezvisko:

Meno:

Dátum narodenia:

Kód poisťovne:

Ambulancia

Ambulancia:

Telefón:

Pacienta poučil:

Jednodňovej zdravotnej starostlivosti

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.
- Svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s realizáciou lekárskeho vyšetrenia a výkonov v súvislosti s operačným výkonom: v rozsahu, v akom som bol/a poučený.
- Ďalej vyhlasujem, že som si vedomý, že vyššie uvedený operačný výkon nemusí vykonať lekár, ktorý ma doteraz ošetroval a súhlasím s tým.
- Súhlasím, aby v nevyhnutnom prípade bol prevedený aj iný výkon, ako ten, ktorý je uvedený v bode 2, pokiaľ to nebude možné z akútnych dôvodov so mnou prekonzultovať a bude to nevyhnutné zo závažných medicínskych dôvodov a v záujme môjho zdravia.
- Vyhlasujem, že som podľa svojho najlepšieho vedomia a svedomia povedal/a vyšetrujúcemu lekárovi všetky dôležité skutočnosti, ktoré môžu mať vplyv na odporúčané vyšetrenie či lekárskeho výkonu a nezamietal/a som nič, čo by mohlo negatívne ovplyvniť výsledok vyšetrenia alebo operačného výkonu.
- 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 nemocnice platí zákaz fajčenia, požívania a donášania alkoholických nápojov,
 - zdravotnícke zariadenie neručí za stratu na donesených alebo odložených veciach pri návšteve alebo hospitalizácii v zdravotníckom zariadení, okrem prípadu, ak škoda vznikla na veciach donesených, umiestnených alebo odložených na mieste na to určenom,
 - udelený informovaný súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať.
- Svojim podpisom potvrdzujem, že:
 - súhlasím s realizáciou lekárskeho vyšetrenia a výkonov v rozsahu, v akom som bol/a poučený vrátane ustanovenia v bode 4. Poučenie (F-A-013) bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre udelenie tohto súhlasu,
 - osoba oprávnená oboznámiť sa s mojim zdravotným stavom je**
 - rozumiem všetkým vyššie uvedeným podmienkam, ktoré akceptujem a bez nátlaku dobrovoľne prijímam riziká, náklady ako aj povinnosti pre mňa vyplývajúce a súvisiace s operačným výkonom
 - 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.
- V zmysle § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z.z. udeľujem poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti súhlas na získanie a spracúvanie mojich osobných údajov kopírovaním alebo skenovaním občianskeho preukazu a preukazu poistenca.
- ŠNOP, n.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 ŠNOP, n.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 ŠNOP, n.o. najmä v súvislosti s vykazovaním zdravotnej starostlivosti zdravotným poisťovním a vedením zdravotnej dokumentácie. Osobné údaje budú uchovávané počas poskytovania zdravotnej starostlivosti a počas doby potrebnej archivácie v súvislosti s povinnosťou vedenia a uchovávanía zdravotnej dokumentácie.
- Svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á najmä:
 - s kontaktnými údajmi zodpovednej osoby, ktorá v mene ŠNOP, n.o. vykonáva činnosti súvisiace s ochranou osobných údajov, a ktorou je: Mgr. Tatiana Čeřovská, pracovisko ŠNOP, n.o., Záhradnícka 42, 821 08 Bratislava, kontakt: osobneudaje@snop.sk.
 - s kategóriami prijemcov 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 ŠNOP, n.o. povinná poskytovať údaje podľa osobitných predpisov - bližšie na https://www.snop.sk/snop_-_o_nemocnici/pacientsky_orientovana_nemocnica/ochrana_osobnych_udajov_v_snop_v_sulade_s_gdpr/
 - so svojím právom na prístup k svojim osobným údajom, právom na opravu, vymazanie osobných údajov (pokiaľ toto právo nie je v rozpore s povinnosťou ŠNOP, n.o. viesť a uchovávať osobné údaje pacienta ako súčasť zdravotnej dokumentácie), právom na obmedzenie spracúvania osobných údajov, právom odvolať súhlas so spracúvaním 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.

V Bratislave, dňa:

.....

Podpis pacienta

INFORMOVANÝ SÚHLAS A POUČENIE PACIENTA

V dôsledku vzniknutej epidemiologickej situácie v súvislosti s pandémiou ochorenia COVID-19 a v snahe zabezpečiť bezpečnosť Vás ako aj našich pracovníkov, si Vás dovoľujeme požiadať o rešpektovanie nasledovných pokynov:

Ak ste sa dohodli na celkovej anestézii:

- 1) **pred operačným zákrokom v celkovej anestézii ste povinný/á absolvovať interné predoperačné vyšetrenie.** Vykonáva ho všeobecný (praktický) lekár, internista alebo aj iný špecialista.
- 2) interné predoperačné vyšetrenie **nesmie byť v deň zákroku staršie ako 3 týždne.**

Ak ste sa dohodli na lokálnej anestézii:

- 1) **pred operačným zákrokom v lokálnej anestézii ste povinný/á absolvovať krvné odbery podľa ordinácie operátora, ktoré vykonáva ho všeobecný (praktický) lekár, alebo si odber dohodnete v ŠNOP-e n.o. prostredníctvom recepcie (objednávania@snop.sk).**

Všetci pacienti objednaní na operačný zákrok

1. **v období od 5-teho dňa pred zákrokom** ste povinný/á sledovať svoj zdravotný stav so zameraním sa na nasledovné príznaky: teplota nad 37,5 st. C, kašeľ, malátnosť, nádcha, bolesti hrdla, hlavy, kĺbov alebo svalov, strata čuchu alebo chuti. **V prípade výskytu niektorého z uvedených príznakov ste povinný/á bezodkladne telefonicky kontaktovať operátora, ktorý rozhodne o ďalšom postupe.**
2. **v období od 5-teho dňa pred zákrokom** ste povinný/á minimalizovať svoje sociálne kontakty zotrvaním v domácej izolácii s výnimkou absolvovania nevyhnutných vyšetrení, súvisiacich s plánovaným operačným zákrokom.

V deň operácie pri prijíme na operačné oddelenie pacient podpíše čestné vyhlásenie o bezinfekčnosti

Ja, dolu podpísaný/-á

vyhlasujem, že uvedené pokyny som si prečítal/a, ich obsahu som porozumel/a a beriem ich na vedomie.

V Bratislave, dňa:

.....

Podpis pacienta