

**Informovaný súhlas pacienta/zákonného zástupcu udelený
v Národnom ústave reumatických chorôb (NÚRCH) Piešťany,
Nábřežie Ivana Krasku 4, 921 01 Piešťany,
IČO 165 271**

NÚRCH Piešťany poskytuje zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (ďalej aj ako zákon č. 576/2004 Z. z. a so zákonmi súvisiacimi).

Pacient/zákonný zástupca pacienta

Priezvisko a meno:

rodné č.:

poisťovňa:

Bydlisko:

číslo chorobopisu:

Pacient (zákonný zástupca pacienta) svojim podpisom potvrdzuje, že pred udelením informovaného súhlasu:

- a) bol poučený o účele, povahe, následkoch a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti,
- b) poučenie mu bolo poskytnuté ošetrujúcim zdravotníckym pracovníkom náležite, zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, spôsobom zodpovedajúcim jeho veku, rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu,
- c) mu bola daná možnosť a dostatočný čas slobodne sa rozhodnúť pre udelenie, alebo odmietnutie informovaného súhlasu,
- d) bol poučený o možnosti tento informovaný súhlas odvolať,
- e) mu bolo oznámené, že na jeho vyšetreniach sa môžu zúčastniť osoby pripravujúce sa na zdravotnícke povolanie, a že tieto osoby podľa pokynov a určenia zdravotníckeho pracovníka vykonajú stanovené lekárske úkony,
- f) berie na vedomie, že údaje z jeho zdravotnej dokumentácie sa poskytujú formou výpisu zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu a osobám uvedeným v ust. § 24 a sprístupňujú formou nahliadania do zdravotnej dokumentácie v rozsahu a osobám uvedeným v ust. § 25 zákona č. 576/2004 Z. z.,
- g) bol poučený o zákaze fajčenia v priestoroch zdravotníckeho zariadenia NÚRCH Piešťany a o následkoch nedodržania tohto zákazu.

Pacient/ zákonný zástupca pacienta / svojim podpisom potvrdzuje, že udeľuje NÚRCH súhlas so spracúvaním osobných údajov v rozsahu na jeho identifikáciu a zistenie anamnézy.

Zoznam osobných údajov, účel ich spracúvania, podmienky ich získavania a okruh dotknutých osôb je uvedený v prílohe č. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.. Tento súhlas sa vzťahuje aj na spracúvanie osobných údajov na účely technického a štatistického spracovania pre potreby NÚRCH a zdravotných poisťovní. Tento súhlas možno písomne odvolať len po predchádzajúcej dohode s NÚRCH.

V Piešťanoch, dňa:

**podpis pacienta
lekára/zákonného zástupcu/**

podpis

Vyššie podpísaný pacient / zákonný zástupca pacienta po náležitom poučení

SÚHLASÍ

s poskytnutím zdravotnej starostlivosti za podmienok stanovených zákonom č. 576/2004 Z. z. a uvedených vyššie.

Súhlas sa týka týchto diagnostických a liečebných výkonov:

- jednorázový ale aj opakovaný odber vzoriek žilovej krvi
- röntgenologické vyšetrenia (skiaskopia, skiagrafia, ultrasonografia, denzitometria, CT, MRI, scintigrafia, PET)
- punkcia kĺbu/kĺbov
- bioptické vyšetrenie
- GFS, rektoskopické vyšetrenie, kolonoskopické vyšetrenie
- spirometrické vyšetrenie, spirometrické vyšetrenie s DLCO
- ekg, elektromyografické a elektroencefalografické vyšetrenie
- parenterálne podanie liekov (i.v.- do žily, i.v. infúzia, i.m.- do svalu, i.a.- do kĺbov, s.c. - podkožne)
- liečebné procedúry na FBRL oddelení – vodoliečba, masáže, elektroliečba, kryoterapia

V Piešťanoch, dňa:

Podpis pacienta:

Podpis lekára:

Iné výkony:

dátum:

podpis pacienta

podpis lekára

● Svojim podpisom potvrdzujem, že som si prevzal 1 **exemplár Lekárskej a Ošetrovacej prepúšťacej správy** a bol som náležite poučený/á o ďalšom postupe po prepustení do domáceho prostredia.

● Svojim podpisom potvrdzujem, že som pri prepustení do domáceho prostredia prevzal/a časť **tlačiva PN**.

V Piešťanoch, dňa:.....

Podpis pacienta/zákon. zástupcu:.....