POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO REGISTROVANÉ PACIENTKY OD 15 DO 18 LET (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE PACIENTA)

Gynekologická ambulance pro děti, dorost, dospělé ženy a prenatální péči
MUDr. Klára Braunová
B. Němcové 570
386 01 Strakonice
Tel.: +420 383 387 133
Mobil: +420 733 676 020
braunova@gynekolog.cz

Pacient (tka) jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození:	Kód zdravotní pojišťovny:
Telefonní číslo / e-mail:	
Heslo pro elektronickou (telefonní) komunikaci:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno (a) zákonného (ch) zástupce (ů) (opatrovníka) (ů):	Rodné číslo (a):

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení): **Zakroužkujte správnou odpověď**	ANO	NE
Byl (a) jsem poučen (a) o podmínkách, které jsou nezbytné k převzetí do ambulantní péče	ANO	NE
Souhlasím s převzetím do ambulantní péče gynekologické ambulance	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby lékařský a zdravotnický personál ambulance prováděly lékařskou a ošetřovatelskou péči.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby lékařský a zdravotnický personál ambulance mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou ze zákona povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby externí zdravotničtí auditoři mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v souvislosti s jejich kontrolní činností. O všech skutečnostech jsou povinni zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE
Dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč, stěry, biopsie z děložního čípku,…..) na potřebná vyšetření a labolatorní rozbory pro stanovení diagnózy a potvrzení zdravotního stavu	ANO	NE
Souhlasím s užíváním hormonální antikoncepce	ANO	NE
Souhlasím s tím, že dcera bude docházet do na gynekologické prohlídky sama	ANO	NE
Souhlasím s tím,že se budu osobně informovat na zdravotní stav dcery a z gynekologické ambulance nemusím být aktivně informována	ANO	NE

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba (osoby):			ANO	NE
Jméno a příjmení:	**adresa:**	**Tel.:**		
Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo:				
a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace.			ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace*.			ANO	NE

***Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením (§ 66 zák. č.372/2011 Sb. o zdravotních službách)**

Datum:	**Hodina**	Podpis pacienta (tky) / nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře (řky), který (á) provedl (a) poučení	Podpis svědka**, který (á) byl přítomen poučení**