



PROTON
THERAPY
CENTER

Proton Therapy Center Czech

Budínova 1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

ROZHODNUTÍ PACIENTA/PACIENTKY O ZACHÁZENÍ S INFORMACEMI O JEHO ZDRAVOTNÍM STAVU

PTC_IS_ROZHODNUTÍ

Strana 1 z 2

Verze číslo: 1

Pacient: _____
Jméno, příjmení, rodné číslo

Oddělení _____

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM *, aby informace o výsledcích vyšetření/mém zdravotním stavu mohly být předávány i dalším osobám.

Určuji, aby osobou, která má právo na informace o mém zdravotním stavu, byl/a zejména:

.....
Jméno, příjmení, vztah k pacientovi

Kontaktní telefon..... Adresa.....

Má/Nemá* právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace.

Má/Nemá* právo pořizovat si výpisy nebo kopie mé zdravotnické dokumentace.

Má/Nemá* právo rozhodovat o poskytnutí zdravotních služeb mé osobě v době, kdyby mi můj zdravotní stav nedovolil vyjádřit své rozhodnutí o navrhované léčbě.

Přeji si dále, aby osoba/y uvedená/é v tabulce **BYLA/Y** informována/y o mém zdravotním stavu a dále oprávněna/y k:

Jméno, příjmení osoby	Vztah k pacientovi	Rozsah informace o zdravotním stavu	Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a jiných zápisů, vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů.
			ANO/NE
			ANO/NE
			ANO/NE
			ANO/NE

Nepřeji si, aby z osob blízkých (příbuzní v řadě přímé, sourozenci, manžel/ka nebo partner/ka podle zákona o registrovaném partnerství) **dostaly informace o mém zdravotním stavu následující osoby:**

(* zaškrtněte jednu možnost)
Prázdne kolonky proškrtněte.



Proton Therapy Center Czech

Budínova 1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

ROZHODNUTÍ PACIENTA/PACIENTKY O ZACHÁZENÍ S INFORMACEMI O JEHO ZDRAVOTNÍM STAVU

PTC_IS_ROZHODNUTÍ

Strana 2 z 2

Verze číslo: 1

Jméno a příjmení	Vztah k pacientovi

Beru na vědomí, že tyto osoby blízké nezískají informace o mém zdravotním stavu ani po mé smrti.

Souhlasím – nesouhlasím* s použitím anonymních dat týkajících se mé léčby pro publikační a výukové účely.

Z důvodů zajištění Vaší bezpečnosti při vyšetření/léčbě můžete být monitorován kamerovým systémem. Údaje nahrané v rámci kamerového systému slouží jen pro naši potřebu a nesmí být zveřejněny dalším subjektům. Máte právo nahlížet na pořízené záznamy z kamerového systému.

Beru na vědomí, že v případě technických problémů na straně poskytovatele zdravotní péče, mi bude nabídnutý nejbližší možný termín diagnostického/léčebného výkonu.

Souhlasím – nesouhlasím* s nahlížením do zdravotnické dokumentace o mně vedené pracovníky odpovědnými za řízení kvality v PTC v nezbytně nutném rozsahu.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne

Vlastnoruční podpis pacienta/zákonných zástupců*:

Jmenovka a podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat (Vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů)

.....
Jméno a příjmení 1. svědka, podpis

.....
Jméno a příjmení 2. svědka, podpis

(* zaškrtněte jednu možnost)
Prázdné kolonky proškrtněte.