

Písemný souhlas pacienta

Seznam zdravotních služeb vyžadujících písemný souhlas pacienta

Vážení pacienti,

Nový zákon MZ ČR o zdravotních službách, s účinností od 1. 4. 2012, stanovuje mimo jiné povinnost **informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a předávání lékařských zpráv prokazatelným způsobem**. Prozatím je podpis pacienta požadován pouze u zvláště důležitých případů, týkajících se jeho zdravotního stavu. Tedy tam, kde hraje významnou roli informovanost pacienta pro stanovení další léčby jeho onemocnění. Dále pak u lékařských zpráv a dokumentů, s právně definovanou odpovědností zdravotnických zařízení dle příslušných zákonů ČR.

Z tohoto důvodu bychom Vás rádi seznámili s tím, kde a za jakých podmínek po Vás budeme vyžadovat Váš podpis. Kromě případů, kdy písemný informovaný souhlas pacienta stanovuje zákon, budeme po Vás vyžadovat podpis, kterým jako pacient stvrzujete:

- že jste **přijal** informaci vyznačenou ve své zdravotnické dokumentaci a plně ji porozuměl. Tato informace se může týkat např.:
 - glaukomu, vysoké myopii, změnách na cévách nebo sítnici, okulární degeneraci, doporučení výživových doplňků nehrazených zdravot. poj., doporučení oční operace, apod.
- že **odmítáte** navrženou léčbu, či zařazení do sledování nebo doporučené vyšetření
- že Vám bylo **předáno** do vlastních rukou potvrzení např.: na ŘP nebo Zbrojní průkaz, vč. event. informace o nutnosti nošení korekce do dálky na řízení motorových vozidel
 - pokud by pacient nesplňoval podmínky pro řízení motorových vozidel pro danou skupinu bez brýlí (tedy v případě nesplnění podmínek pro držení ŘP z očního hlediska), je lékař dle nového silničního zákona povinen tuto skutečnost ihned nahlásit na příslušný Měst. úřad.
- že Vám byla **předána** do vlastních rukou Lékařská zpráva pro Vašeho praktického/diabetologického lékaře, obsahující zvlášť důležitou informaci
- že Vám byl **vydán** do vlastních rukou Výpis z dokumentace na žádost pacienta (podpis pacienta do evidenčního sešitu vydaných zdravotnických dokumentací)
- že jste udělil **souhlas s poskytnutím informací** o Vašem zdravotním stavu dalším osobám.
- že souhlasíte s **vyšetření a sledováním** na **retinálním tomografu (HRT)**, které není výkonem hrazeným z veřejného zdravotního systému (hrazeno pacientem)
- že souhlasíte s **vyšetření a sledováním** na digitální **fundus kameře**, které není výkonem hrazeným z veřejného zdravotního systému (hrazeno pacientem)

Důležité

V případě **odmítnutí pacienta podepsat** cokoliv z výše jmenovaného, je lékař povinen stvrdit svým podpisem toto odmítnutí do pacientovy zdravotní dokumentace. Tento záznam bude proveden za přítomnosti svědka, např. zdravotní sestry.

S pozdravem MUDr. Moravčíková

