

# Chorobopis

Číslo chor.:

**A**   Rodné číslo

IČO/PČZ:

Příjmení, jméno: .....

Oddělení (nákl. stf.):

Rozený/á: .....

Poř. číslo pacienta:

Trvalé bydliště: .....

Číslo obce:

Č. pojišť.:

okres: ..... obec: .....

PSČ:

Pojišť./Typ pojištění:

Přechodné bydliště: ..... Číslo OP: .....

Č. potvrzení PN: ..... Vydal: .....

Zaměstnavatel: .....

<p><b>Rodinný stav:</b>                  0 - neznám                  1 - svobodný/á                  2 - ženatý, vdaná                  3 - rozvedený/á                  4 - ovdovělý/á                  5 - druh, družka</p>	<p><b>Zaměstnání:</b>                  0 - nepracující, dítě                  1 - vedoucí a řídicí pracovník                  2 - vědecký a odb. duš. pracovník                  3 - techn., zdrav. a ped. pracovník                  4 - nižší administrativní pracovník</p>	<p>5 - provozní pracovník ve službách                  6 - kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník                  7 - řemeslník a kvalifikovaný dělník                  8 - obsluha strojů a zařízení                  9 - pomocný a nequalifikovaný pracovník</p>
---	---	--

**Přijetí doporučil:**  
 0 - narození v nemocnici  
 1 - praktický lékař  
 2 - jiný oš. lékař  
 3 - lékař LSPP  
 4 - lékař RZP  
 5 - jiné zařízení  
 6 - jiné oddělení  
 7 - bez doporučení  
 8 - soc. pracovník  
 9 - hospitalizace pokračuje (začátek zúčt. období)

Jméno, adresa, telefon nejbližších příbuzných: .....

Jméno a adresa odesíl. (oš.) lékaře: .....

**B** Přijímající (oš.) lékař: ..... **Důvod přijetí:** 1 - ochranná léčba 2 - sociální důvod 3 - diagnostický 4 - léčebný 5 - jiný

**Přijetí:** 1 - neodkladné 2 - plánované 3 - jiné

Datum přijetí:    Hod., min.:

**Začátek příznaků:** Datum:    Hod., min.:

Doporučen k přijetí s dg: .....

Diagnóza při přijetí: .....

Základní onemocnění, pro které byl pacient hospitalizován na tomto oddělení:

Hlavní nemoc (porucha zdraví), která nejvíce ohrožuje zdraví nebo život pacienta:

Další choroby, event. důležité údaje:

Prvotní příčina smrti:

Hospitalizace na oddělení ukončena: ..... v hod. .... dne

Přeložen kam:

Pacient předán do další péče (komu):

Jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře:

prováděli studenti lékařských fakult, Zdravotnické školy a Vyšší zdravotnické školy a aby pracovali s mou zdravotnickou dokumentací.

Souhlasím / nesouhlasím\*) s tím, že budu informován(a) o svém zdravotním stavu průběžně během lékařských vizit u lůžka v přítomnosti ostatních pacientů.

Byl(a) jsem poučen(a), že za cennosti, které neuložím do ústavní pokladny, a věci, které mám s sebou na pokoji, personál oddělení neodpovídá.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi řádně odpověděl a uvádím, že uvedená konzultace s lékařem proběhla po dostatečnou dobu. Prohlašuji, že jsem měl(a) možnost poučení uvážít a uvedenému poučení plně porozuměl(a).

Výslovně souhlasím s provedením všech potřebných plánovaných zdravotních výkonů. V Jihlavě datum a čas:.....

.....  
podpis lékaře

.....  
podpis pacienta

.....  
podpisy zákonných zástupců \*\*)\*\*\*)

Prohlášení svědka v případě, že se pacient nemůže podepsat :  
Jméno svědka:

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že poučení souhlasí s poskytováním informací o zdravotním stavu v uvedeném rozsahu i s dalšími výše uvedenými skutečnostmi. Pacient se nemůže podepsat z důvodu,  
že:

.....  
.....

.....  
Pacient potvrdil svůj souhlas, že:

.....  
.....

podpis svědka

-Vysvětlivky

\*) nehodící se škrtněte

\*\*\*) platí pro osobu nezletilou či pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

\*\*\*\*) platí pro případ, že je přítomen jen jeden z rodičů: podepsaný zákonný zástupce (rodič) prohlašuje, že druhý z rodičů s hospitalizací souhlasí

Informovaný souhlas:

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Souhlas pacienta s prováděním vyšetřovacích a léčebných výkonů vyžádaný zejména podle §23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. " o péči a zdraví lidu" v platném znění a vyhl.MZ č. 385/2006 Sb. "zdravotnické dokumentaci" ve znění vyhl.č.64/2007 Sb.

Prohlašuji, že jsem byl(a) dnešního dne lékařem poučen(a), bylo mi podáno vysvětlení a byly mi poskytnuty veškeré údaje :

- o povaze onemocnění a jeho předpokládaném vývoji (prognóze)
- o plánovaných postupech při léčbě, včetně jejich alternativ a hodnocení těchto jednotlivých možných postupů
- o právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížením do zdravotnické dokumentace včetně pořizování opisů,výpisů a kopií
- o účelu zdravotního výkonu a o tom, jak bude příslušný výkon probíhat
- o možných rizicích a důsledcích léčby a jednotlivých zdravotních výkonů
- o předpokládaném prospěchu léčby, o jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro zdravotní stav pacienta
- o možném omezení v obvyklém způsobu života a případné pracovní neschopnosti po provedení příslušného výkonu, pokud lze takové omezení předpokládat
- o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a v případě změny zdravotního stavu údajů o změnách zdravotní způsobilosti
- o právu pacienta svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud to není vyloučeno zvláštním právním předpisem Dále prohlašuji,že:
- jsem byl(a) informován(a) o rozsahu zdravotní péče ,která je ve zdravotnickém zařízení poskytována - jsou mi známy důvody hospitalizace
- byl(a) jsem seznámen(a) s režimem oddělení,který budu respektovat a souhlasím s ním

Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu v rozsahu týkajícím se onemocnění,způsobu jeho léčení a prognóze níže uvedené osobě(osobám) a beru na vědomí,že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou:

.....  
.....  
.....  
.....

Souhlasím ,aby níže uvedená osoba(osoby) měla právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a mohla z ní pořizovat opisy,výpisy a kopie:

.....  
.....  
.....

Souhlasím / nesouhlasím \*) s případnou fotodokumentací vývoje onemocnění, souhlasím / nesouhlasím\*). aby v mezích daných právními předpisy tyto výkony