

Patient/legal representative declaration - health services:

Prohlášení pacienta / zákonného zástupce – zdravotní služby:

☐ hospitalisation / *hospitalizace* ☐ outpatient care / *ambulantní péče*

I declare that when I was admitted to health care at the University Hospital Ostrava (hereinafter referred to as UHO), I was sufficiently informed by my doctor in a comprehensible manner about my health condition, the reasons for the provision of health services and the proposed individual treatment procedure, which may include the usual diagnostic, laboratory and imaging examination procedures and the administration of medicines.

Prohlašuji, že při přijetí do zdravotní péče ve Fakultní nemocnici Ostrava (dále jen FNO) jsem byl(a) lékařem srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován(a) o svém zdravotním stavu, o důvodech poskytnutí zdravotních služeb a o navrženém individuálním léčebném postupu, který může zahrnovat obvyklé diagnostické, laboratorní a zobrazovací vyšetřovací postupy a podávání léčivých přípravků.

I was given the opportunity to ask additional questions, which were answered, and I was informed about the cost of services not covered or partially covered by public health insurance.

Bylo mi umožněno klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny a byl(a) jsem informován(a) o ceně poskytovaných služeb nehraných nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

I declare that I have not withheld from my doctors any information known to me about my medical condition that could adversely affect my treatment or endanger those around me, especially communicable diseases.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména přenosné choroby.

I declare that I have been informed about the rights and obligations related to the provision of health care and health information; the possibility of inspecting the medical records, including making copies and transcripts.

Prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o právech a povinnostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče a s informací o zdravotním stavu; s možností nahlížení do zdravotnické dokumentace včetně pořizování kopií a opisů.

I declare that I have been informed that my personal data (name, surname, date of birth, birth number) and data related to my health condition in relation to hospitalisation/outpatient care, to the extent provided by law, are subject to mandatory reporting to the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (IHIS).

Prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o tom, že osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo) a údaje související s mým zdravotním stavem ve vztahu k hospitalizaci/ambulantní péči, v rozsahu stanoveném zákonem, podléhají povinnému hlášení Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS).

By my signature (on the reverse) I confirm that I have been informed of the reason for my admission to health care at the UHO and the provision of health care services at the UHO and that I agree to my admission ¹⁾; I also confirm my consent as expressed under points 1 to 5 below. I acknowledge that these consents apply to all health care facilities at UHO and can be changed or withdrawn by me at any time by completing this form again. Withdrawal of consent(s) shall not affect the lawfulness of processing based on consent given prior to its withdrawal.

Svým podpisem (na druhé straně) stvrzuji souhlas, že jsem byl seznámen s důvodem přijetí do zdravotní péče ve FNO a s poskytnutím zdravotnických služeb ve FNO a že s přijetím souhlasím ¹⁾, zároveň stvrzuji svůj souhlas vyjádřený níže v bodech 1 až 5. Beru na vědomí, že tyto souhlasy platí pro všechna zdravotnická pracoviště ve FNO a mohu je kdykoliv změnit nebo odvolat opětovným vyplněním tohoto formuláře. Odvoláním souhlasu/souhlasů není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

1. I declare that I have been informed of the possibility to waive information about my health condition.

Prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o možnosti vzdát se informace o mém zdravotním stavu.

☐ I wish to be informed ²⁾ / *Chci být informován ²⁾* ☐ I waive the information ²⁾ / *Informace se vzdávám ²⁾*

¹⁾ in case of refusal of hospitalisation it is necessary to issue a Certificate of Refusal of Medical Services

v případě odmítnutí hospitalizace je nezbytné vystavit Negativní revers

²⁾ check the corresponding box / *zaškrtněte odpovídající políčko*

2. I am aware that the UHO is a research and teaching facility, especially for medical faculties and medical schools.

Jsem si vědom(a), že FNO je vědecko-výzkumným a výukovým pracovištěm, zejména lékařských fakult a zdravotnických škol.

☐ I agree ²⁾ *Souhlasím ²⁾* / ☐ I disagree ²⁾ *Nesouhlasím ²⁾* with the presence and participation of students preparing to practice the health profession and their educational supervision during the provision of health services.

s přítomností a účastí studentů připravujících se k výkonu zdravotnického povolání a jejich pedagogického dozoru v průběhu poskytovaných zdravotních služeb.

3. ☐ I agree ²⁾ *Souhlasím ²⁾* / ☐ I disagree ²⁾ *Nesouhlasím ²⁾* that students preparing for the medical profession, their pedagogical supervision and UHO employees involved in scientific research activities may inspect my medical records only to the extent strictly necessary and on the basis of an authorisation established by a medical professional.

aby studenti připravující se k výkonu zdravotnického povolání, jejich pedagogický dozor a zaměstnanci FNO podílející se na vědecko-výzkumné činnosti mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v rozsahu nezbytně nutném a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

4. ☐ I agree ²⁾ *Souhlasím ²⁾* / ☐ I disagree ²⁾ *Nesouhlasím ²⁾* that non-medical staff of internal and external control bodies can inspect my medical records in connection with the control of the health care provided.

s tím, aby nezdravotničtí pracovníci interních a externích kontrolních orgánů mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v souvislosti s kontrolou poskytované zdravotní péče.

5. I have been informed by my attending physician about the importance of making audiovisual recordings (e.g. photographs, sound or video recordings) of the course of my treatment.

Byl(a) jsem svým ošetřujícím lékařem poučen(a) o významu pořízení audiovizuálních záznamů (např. fotografie, zvukový nebo obrazový záznam), průběhu mé léčby.

☐ I agree ²⁾ *Souhlasím ²⁾* / ☐ I disagree ²⁾ *Nesouhlasím ²⁾* that audiovisual recordings can be used for scientific and study purposes and can be presented anonymously at the seminars of medical institutions, at congresses, or published in professional journals. Recordings will only be made of those parts of my body that are directly related to the treatment.

aby audiovizuální záznamy mohly být použity pro vědecké a studijní účely a mohly být anonymně prezentovány na seminářích zdravotnických zařízení, na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou.

The patient was also informed about the **correct procedure for disposing of unusable medicines from the home environment** that do not belong in the municipal waste. The patient returns unusable medicines (with packaging, if possible) to the hospital pharmacy, which ensures their safe disposal. Caution: Unusable injectable drugs (sharps - needles, syringes with needles, empty ampoules, etc.) shall be handed over by the patient only in solid, puncture-proof and incinerable packaging (containers). The adequate container can be purchased by the patient (in the hospital pharmacy).

Pacient byl rovněž informován o správném postupu nakládání s nepoužitelnými léčivy z domácího prostředí, které nepatří do komunálního odpadu. Pacient nepoužitelná léčiva (možno i s obaly) vrací do nemocniční lékárny, která zajistí jejich bezpečnou likvidaci. Upozornění: Nepoužitelná léčiva injekčních forem (ostré předměty - injekční jehly, injekční stříkačky s jehlou, prázdné ampule, apod.) předává pacient výhradně v pevných, nepropíchnutelných a spalitelných obalech (nádobách). Odpovídající nádobu si pacient může zakoupit (v nemocniční lékárně).

PLEASE CONTINUE READING ON THE REVERSE!

PROSÍM POKRAČUJTE VE ČTENÍ NA DRUHÉ STRANĚ!

¹ in case of refusal of hospitalisation it is necessary to issue a Certificate of Refusal of Medical Services

v případě odmítnutí hospitalizace je nezbytné vystavit Negativní revers

² check the corresponding box / *zaškrtněte odpovídající políčko*

³ check the corresponding box / *zaškrtněte odpovídající políčko*

⁴ specify for that person whether he or she has the right to information, inspection or copies, extracts and copies; unless specified, this person has all the rights listed here

specifikujte u uvedené osoby, zda má právo na informace, nahlížení nebo pořizování opisů, výpisů a kopií;

není-li uvedeno má tato osoba všechna zde uvedená práva

⁵ if the legal representative declares so / *prohlašuje-li zákonný zástupce*

RECORD
OF CONSENT TO THE DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
ZÁZNAM
O SOUHLASU S POSKYTNUTÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

1. ☐ I agree ³⁾ *Souhlasím* ³⁾ / ☐ I disagree ³⁾ *Nesouhlasím* ³⁾ to the provision of information about my health condition ⁴⁾ (about the patient's health condition ⁵⁾) *s poskytováním informací o mém zdravotním stavu⁴⁾ (o zdravotním stavu pacienta⁵⁾), a to formou* ☐ *in writing* ³⁾ *písemnou* ³⁾ / ☐ *by telephone* ³⁾ *telefonickou* ³⁾, to the inspection of medical records ⁴⁾ and to the possibility of making extracts, copies or transcripts ⁴⁾ of medical records:
nahlížením do zdravotnické dokumentace⁴⁾ a možností pořizovat výpisy, opisy nebo kopie⁴⁾ zdravotnické dokumentace:

- a) in **FULL** scope to the following persons (name and surname, address, phone):
*v **PLNÉM** rozsahu těchto osobám (jméno a příjmení, adresa, telefon):*

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

- b) in **LIMITED** scope to the following persons (name and surname, address, phone, scope):
*v **OMEZENÉM** rozsahu těchto osobám (jméno a příjmení, adresa, telefon, rozsah):*

within the scope of:	
<i>v rozsahu:</i>	
within the scope of:	
<i>v rozsahu:</i>	
within the scope of:	
<i>v rozsahu:</i>	

2. If the aforementioned persons wish to be informed of the patient's health condition by telephone, they must establish an identification password for secure communication in consultation with the physician.
V případě, že výše uvedené osoby chtějí mít možnost být informováni o zdravotním stavu pacienta telefonicky, musí si po dohodě s lékařem stanovit identifikační heslo pro bezpečnou komunikaci.

Password: / *Heslo:*

I understand that persons other than those named by me herein will not be informed by the medical staff of my health condition (the patient's health condition ⁵⁾). I can withdraw my consent at any time by filling in a new form. Withdrawal of the consent shall not affect the lawfulness of processing based on consent given before its withdrawal.

Beru na vědomí, že jiné osoby, než je mnou zde uvedeno, nebudou ze strany zdravotnického personálu informovány o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu pacienta⁵⁾). Svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat vyplněním nového formuláře. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

I declare that I agree that the persons listed below may consent or object to the provision of health services to me in the event that I am unable to consent or object myself due to my health condition:

Prohlašuji, že souhlasím, aby níže uvedené osoby mohly vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě v případě, že já nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav tento souhlas nebo nesouhlas sám vyslovit:

.....

¹ in case of refusal of hospitalisation it is necessary to issue a Certificate of Refusal of Medical Services

v případě odmítnutí hospitalizace je nezbytné vystavit Negativní revers

² check the corresponding box / *zaškrtněte odpovídající políčko*

³ check the corresponding box / *zaškrtněte odpovídající políčko*

⁴ specify for that person whether he or she has the right to information, inspection or copies, extracts and copies;
unless specified, this person has all the rights listed here
*specifikujte u uvedené osoby, zda má právo na informace, nahlížení nebo pořizování opisů, výpisů a kopií;
není-li uvedeno má tato odoba všechna zde uvedená práva*

⁵ if the legal representative declares so / *prohlašuje-li zákonný zástupce*

According to the General Data Protection Regulation (GDPR), patients have the right to be informed about the processing and protection of their personal data. For this reason, there is a freely available document entitled "GDPR - General Data Protection Regulation" at every UHO site.

Dle Nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) mají pacienti právo být seznámeni se zpracováním a ochranou svých osobních údajů. Proto se na každém pracovišti FNO nachází volně dostupný dokument s názvem „GDPR-Obecné nařízení na ochranu osobních údajů“.

Title, name and surname of the patient: <i>Titul, jméno a příjmení pacienta:</i>		Personal number: <i>Rodné číslo:</i>	
Title, name and surname of the legal representative: <i>Titul, jméno a příjmení zákonného zástupce:</i>		Date of birth: <i>Datum narození:</i>	

In Ostrava on: <i>V Ostravě dne:</i>		SIGNATURE OF THE PATIENT / LEGAL REPRESENTATIVE: <i>PODPIS PACIENTA / ZÁK. ZÁSTUPCE:</i>	
--	--	--	--

Responsible UHO physician (stamp): <i>Odpovědný lékař FNO (razítko):</i>		Signature: <i>Podpis:</i>	
--	--	-------------------------------------	--

If the patient is unable to sign: */ V případě, že pacient nemůže podepsat:*

The patient, due to his/her health condition / *Pacient, vzhledem ke svému zdrav. stavu* (the reason being / *důvodem je*.....), cannot sign this Informed Consent. He/she has expressed his/her will (consent/disagreement) / *nemůže tento Informovaný souhlas opatřit podpisem. Svou vůli (souhlas / nesouhlas) projevil*

In this case, the Informed Consent shall be signed by another UHO healthcare employee (witness):

V tomto případě se Informovaný souhlas opatří podpisem dalšího zdravotnického zaměstnance FNO (svědka):

UHO healthcare employee (stamp): <i>Zdravotnický zaměstnanec FNO (razítko):</i>		Signature: <i>Podpis:</i>	
---	--	-------------------------------------	--

This Informed Consent is made in one copy, which is filed in the patient's medical record and becomes its part. A copy can be made upon request of the patient/legal representative.

Tento Informovaný souhlas se zpracovává v jednom vyhotovení, které se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta a stává se její součástí. Na vyžádání pacienta/zákonného zástupce lze vyhotovit kopii.

¹ in case of refusal of hospitalisation it is necessary to issue a Certificate of Refusal of Medical Services

v případě odmítnutí hospitalizace je nezbytné vystavit Negativní revers

² check the corresponding box / *zaškrtněte odpovídající políčko*

³ check the corresponding box / *zaškrtněte odpovídající políčko*

⁴ specify for that person whether he or she has the right to information, inspection or copies, extracts and copies; unless specified, this person has all the rights listed here
specifikujte u uvedené osoby, zda má právo na informace, nahlížení nebo pořizování opisů, výpisů a kopií; není-li uvedeno má tato osoba všechna zde uvedená práva

⁵ if the legal representative declares so / *prohlašuje-li zákonný zástupce*