

**Souhlas s hospitalizací**

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....  
Bydliště: ..... kód ZP: .....  
Jméno a příjmení zákonného zástupce / opatrovníka<sup>1</sup> .....  
Klinika / oddělení: .....  
Seznámení provádějící zdravotnický pracovník: .....  
Důvod hospitalizace: .....

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s důvodem hospitalizace a že s hospitalizací souhlasím.

**Současně prohlašuji**, že jsem byl(a) seznámen(a) s organizačně provozními podmínkami hospitalizace stanovenými domácím řádem a ostatními předpisy FN Brno a zavazuji se je dodržovat, zejména:

- při ukládání osobních věcí se budu řídit výslovnými pokyny přijímajícího zdravotnického pracovníka;
- peníze a jiné cenné věci (např. šperky, mobilní telefon, věci zvláštní obliby apod.) omezím jen na nejnútnejší minimum. Peníze nad 500,- Kč a ostatní cenné věci mám předat prostřednictvím přijímajícího zdravotnického pracovníka proti potvrzení do úschovy s tím, že pokud nebudou předány, FN Brno za ně neodpovídá;
- budu dodržovat přísný zákaz vnášení zbraní;
- budu dodržovat zákaz kouření.

**Dále jsem byl(a) informován(a):**

- o možnosti získat za úplatu po skončení hospitalizace „Hospitalizační účet pacienta“. O vystavení tohoto účtu za úplatu mohu požádat prostřednictvím ošetřujícího personálu. Po vyplnění formuláře „Žádost o hospitalizační účet“ obdržím tento doklad v termínu do dvou měsíců poštou na adresu bydliště;
- o možnosti vyplnit Dotazník spokojenosti. Tento dotazník je k dispozici na požádání u ošetřujícího personálu nebo v elektronické podobě na webových stránkách FN Brno. Po vyplnění dotazník vhodíte do označené schránky;
- v případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta, jsem byl informován o základní škole a mateřské škole, které působí při FN Brno a umožňuje mému dítěti výuku v základních předmětech v návaznosti na učivo probírané v daném ročníku školy po dobu jeho hospitalizace.

V Brně dne: .....

podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce / opatrovník)

.....  
zdravotnický pracovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce / opatrovník) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod: .....

způsob projevu souhlasu: .....

Svědék: .....  
jméno a příjmení

.....  
podpis

<sup>1</sup> za nezletilého pacienta činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce, za pacienta omezeného ve svéprávnosti opatrovník