

DOKUMENTY – DOPLŇKOVÉ

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGII – CVIČENÍ

PODZIM 2020

PAVEL KŮŘIL

PODMÍNKY VYUŽITÍ POKOJE S NADSTANDARDNÍ VÝBAVOU



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 602 00 Brno
tel. 532 231 111

IČO: 652 697 05, DIČ: CZ65269705, Bankovní spojení: 712348210100
Nošitel certifikátu ISO 9001:2000
www.fnbrno.cz

Podmínky využití pokoje s nadstandardní výbavou

Jméno a příjmení pacientky f.č.

FN Brno poskytne za níže uvedených podmínek pacientce po dobu její ústavní péče pokoj s nadstandardní výbavou, tj. jednolůžkový pokoj vybavený nad rámec běžného pokoje:

- rozkládacím křeslem
- barevným televizním přijímačem
- audio sestavou (věž)
- samostatným sociálním zařízením (sprchovací kout + WC)
- ledničkou
- dětskou váhou

Náklady spojené s nadstandardní výbavou nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Pacientka se zavazuje zaplatit na náklady spojené s využitím tohoto pokoje za každý den pobytu dohodnutou smluvní cenu ve výši (nehodící se škrtněte):

- Kč
- Kč je-li spolu se svým dítětem
- Kč je-li sociální zařízení společně pro dva pokoje
- Kč je-li spolu se svým dítětem a sociální zařízení je společně pro dva pokoje
- Kč je-li sociální zařízení společně pro více jak dva pokoje

Pacientka uznává tento svůj finanční závazek co do důvodu a výše a zavazuje se jej zaplatit v hotovosti v den ukončení využívání pokoje s nadstandardní výbavou ve FN Brno na základě vyúčtování nákladů proti potvrzení na pokladně, případně centrálním příjmu FN Brno.

V případě škody způsobené na zařízení a vybavení nadstandardního pokoje jedním pacientky zavazuje se jí v plném rozsahu pacientka FN Brno nahradit.

Pacientka vyslovuje svůj souhlas se shora uvedenými podmínkami a bere na vědomí, že je povinna plně respektovat pokyny zdravotnického personálu s tím, že v dalším se na ni vztahují v plném rozsahu všechny obecné závazné i vnitřní předpisy FN Brno.

V Brně dne

Vlastnoruční podpis pacientky:

Za FN Brno:
(čitelné jméno, podpis a razítko)

Pacient(ka) poučen(a), že nadstandard je volný do:

Strana 1 (celkem 2)

Vyúčtování nákladů:

Celkové náklady Kč

zaplacená záloha Kč

k úhradě Kč

V Brně dne

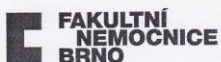
Za FN Brno:
(čitelné jméno, podpis)

Vlastnoruční podpis pacienta/pacientky:

Rozdělovník:
1x zdravotnická dokumentace pacienta/pacientky
1x pokladna FN Brno
1x na vyžádání pacienta/pacientky

Strana 2 (celkem 2)

DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

IČO: 652 697 05, DIČ: CZ65269705
Bankovní spojení: 712346210100
Nositel certifikátu ISO 9001:2008, 14001:2004,
akreditace DIAS
www.fnbrno.cz

Poučení lékaře k dříve vyslovenému přání

Toto poučení je nedílnou součástí dříve vysloveného přání, k němuž musí být připojeno jako příloha. Jeho obsah se musí vztahovat ke skutečnostem, které jsou předmětem dříve vysloveného přání, a musí uvádět důsledky pacientova rozhodnutí.

Dříve vyslovené přání

Jméno a příjmení pacienta: RČ.:

Bydliště: kód ZP:

Klinika / oddělení:

Poučení provádějící lékař:

Na základě své svobodné vůle a poučení provedené výše uvedeným lékařem **vyslovuji** pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných Fakultní nemocnicí Brno pro případ, kdy bych se dostal(a) do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen(schopna) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, **toto přání:**

V případě, že

si přeji, aby:

Jsem si vědom(a), že dříve vyslovené přání

- nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,
- nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,
- nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti,
- není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že bych vyslovil(a) souhlas s jejich poskytnutím. Pro tento případ však žádám, aby byl(a) pro případné udělení zástupného (ne)souhlasu kontaktován(a), jakožto osoba mnou určená pro udělení souhlasu v případě, že nebudu schopen(schopna s ohledem na svůj stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb.

Prohlašuji, že jsem byl(a) výše uvedeným lékařem podrobně poučen(a) a četl(a) jsem písemné poučení o důsledcích svého rozhodnutí, které je přílohou a nedílnou součástí tohoto dokumentu. Měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny. Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a),

* V případě, že se pacient nemůže ze zdravotních důvodů podepsat, je nutné uvést důvod a dále způsob, jakým své přání projevil. Přítomnost svědka a jeho podpis je nutný vždy, tj. i v případech, kdy pacient dokument sám podepíše.

Pozn.: Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.

a poučení považuji za dostatečné. A dále svým podpisem stvrzuji, že si jsem vědom(a) skutečnosti, že je možné dříve vyslovené přání kdykoli změnit nebo zrušit.

V Brně dne: čas:

Podpisy:

pacient: *

lékař, který provedl poučení:

svědek:
jméno a příjmení podpis

EVIDENCE OSOBNÍCH VĚCÍ PACIENTA

ŠATNÍ VĚCI		ŠATNÍ VĚCI	
<input type="checkbox"/> mikina – svetřík - svetr	ks	<input type="checkbox"/> trenýrky – slipy – kalhotky	ks
<input type="checkbox"/> košile – halenka – triko	ks	<input type="checkbox"/> kombiné – spodnička – nátlélník – podprsenka	ks
<input type="checkbox"/> šaty – sukně	ks	<input type="checkbox"/> ponožky – podkolenky – punčochy	ks
<input type="checkbox"/> kalhoty – šortky	ks	<input type="checkbox"/> kozačky – polobotky	ks
<input type="checkbox"/> vesta – sako	ks	<input type="checkbox"/> sandále – botasky	ks
<input type="checkbox"/> plášť – bunda – kabát	ks	<input type="checkbox"/> papuče – pantofle	ks
<input type="checkbox"/> šála – šátek – rukavice	ks	<input type="checkbox"/> taška – kabelka – kabel – kufr	ks
<input type="checkbox"/> čepice - klobouk	ks	<input type="checkbox"/>	ks
<input type="checkbox"/> pyžamo – noční košile	ks	<input type="checkbox"/>	ks
<input type="checkbox"/> župan	ks	<input type="checkbox"/>	ks

TOALETNÍ POTŘEBY

<input type="checkbox"/> ručník - osuška	<input type="checkbox"/> zubní pasta	<input type="checkbox"/> toaletní papír
<input type="checkbox"/> mycí gel - mýdlo	<input type="checkbox"/> hřeben	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> šampon	<input type="checkbox"/> krém	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zubní kartáček	<input type="checkbox"/> kapesník papírový- plátěný	<input type="checkbox"/>

OSTATNÍ VĚCI

OSTATNÍ VĚCI	OSTATNÍ VĚCI
<input type="checkbox"/> zubní protéza horní – dolní	<input type="checkbox"/> mobilní telefon
<input type="checkbox"/> holicí strojek	<input type="checkbox"/> nabíječka na telefon
<input type="checkbox"/> brýle, pouzdro	<input type="checkbox"/> DVD přehrávač – rádio – MP3
<input type="checkbox"/> klíče	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> knihy - časopisy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> notebook	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nápoje - pochutiny	<input type="checkbox"/>

léky

PRŮBĚŽNÉ PŘEDÁNÍ - PŘEDMĚT	DATUM	PŘEDAL	PŘEVZAL

CENNOSTI

- hotovost:
- platební karty:

DOKLADY

- OP
- kartička pojišťovny

Dne: Předal: Sepsala: Dne: Převzal:

Převzal: Svědek: Převzal:

• Příklad do jiného zařízení

Potvrzení o úschově věci čís.

Nemocný:

Odd.: rodné číslo

Prádlo, oděv, obuv a jiné	Počet kusů		
	nové	zánov.	staré
Košile - pánská - dámská			
Podvl., trenýrky, dámské kalhotky			
Kombiné, sako			
Kalh. - dlouhé - krátké - pumpky - sukně			
Nátělník - spodnička			
Šaty dámské - halenky			
Svrchník, zimník, plášť			
Čepice - klobouk			
Vesta - svetr			
Zástěra - šatová			
Šátek - šála			
Punčochy - podkolenky - ponožky			
Boty - střívěnice - opánky			
Bačkory - pantofle			
Kufr - kabela			

Upozornění pro pacienta: Na pokoj je dovoleno vzít s sebou věc jen nejběžnější potřeby, ale všechny ostatní věci musejí být odevzdány do úschovy. Ústav nehradí poškození, ztrátu nebo odizení věci, jež nebyla dána do úschovy.

V dne 20

..... podpis přejímajícího podpis odevzdávajícího

..... datum výdeje potvrzení převzetí

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Potvrzení o úschově věcí

Nemocný:

Odd.: rodné číslo

Prof. čís. deníku úschovy:

Cenné věci (popis a počet kusů):

Peněžní hotovost v částce Kč.....

tj. slovy

V dne 20

..... podpis přejímajícího podpis odevzdávajícího

..... datum výdeje potvrzení převzetí

ŽÁDANKA NA ZAPŮJČENÍ NEMOCNIČNÍHO LŮŽKA

Žádanka na zápůjčku nemoc. lůžka, ZP				
FN Brno - oddělení Centrální sterilizace - úsek Centrální úpravna lůžek				
Pracoviště, klient:				
Nákl. středisko:		Statím: <input type="checkbox"/> ano ne <input type="checkbox"/>		
Typ lůžka, název ZP				
Vyhotovil:	Vydal:	Převzal:	Vrátil:	Převzal:
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Vysvětlivky k vyplnění:				
ZP - zdravotnický prostředek		N - lůžko standard		
Název ZP: viz. smluvní seznam CS+klient		E - lůžko typ ERGON - úzké		
5 - 189, 04 / 0		ES - lůžko typ ERGON - široké		

ŽÁDANKA O SCHVÁLENÍ

Kód pojišťovny	ŽÁDANKA O SCHVÁLENÍ (POVOLENÍ) výkonu – léčivého přípravku – ZP – ostatní	Čís. schválení	
		Předběžně dne	
Pro pacienta (zařízení)		Čís. pojištěnce	
		IČP	
Sk	Kód	Název	
Specifikace požadavku:		Počet provedení	
Zdůvodnění:		balení	
		ks	
		km	
		Platnost do	
		Dne:	

Stanovisko revizního lékaře ÚP VZP:

razítko a podpis žadatele

datum, razítko a podpis

- SPECIÁLNÍ POŽADAVEK NA URČITÝ TYP POMŮCKY
- SCHVALUJE REVIZNÍ LÉKAŘ

„PŘEDVEDENKA„

Oddělení:

Příjmení a jméno: rok nar.:

Dg.:

.....

Op. výkon :

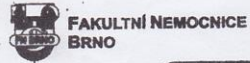
KS rezerva JIP 1 JIP 2

datum

podpis lékaře

- VYPISUJÍ LÉKAŘI
INFORMACE O PACIENTECH
- DOKUMENT SE PŘEDÁVÁ
NA SEKRETARIÁT KLINIKY
- DLE POŽADAVKŮ SE
SESTAVUJE OPERAČNÍ
PROGRAM

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ



FAKULTNÍ NEMOCNICE
BRNO

Označení zdravotnického zařízení

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ

1. POČÍTAČOVÝM TOMOGRAFEM (CT)
2. ULTRAZVUKEM

Rodné číslo

Kód zdrav. pojšť.

Příjmení, jméno, titul: Rok narození: Č. prot.

Bydliště: Zaměstnání: Pacient chodí - nechodí*)

Klinická diagnóza:

Anamnéza současného onemocnění:

Výsledky dosavadních vyšetření vztahujících se k současnému onemocnění:

Očekávaný přínos vyšetření:

Alergie nemocného:

Přesná adresa zdravotnického zařízení, kam má být výsledek vyšetření zaslán:

Datum:

Razítko a podpis lékaře

*) Nevhodně škrtněte

Pracoviště

NÁLEZ ze dne 200 .

OBJEDNÁVACÍ ŽÁDANKY

Číslo zdrav. zařízení	Razítko zdrav. zařízení	Série a číslo * 277201
		Datum

09 OBJEDNÁVKA LÉČIV (ZDRAVOT. POTŘEB)

kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
Celkem Kč	Primář ved. odd. Předepisující lékař Převzal (datum, podpis)

Pořadové číslo	Razítko lékárny a podpis
Dat. expedice den měsíc	

Číslo zdrav. zařízení	Razítko zdrav. zařízení	Série a číslo * 277201
		Datum

09 KOPIE OBJEDNÁVKY

kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
Celkem Kč	Primář ved. odd. Předepisující lékař Převzal (datum, podpis)

Pořadové číslo	Razítko lékárny a podpis
Dat. expedice den měsíc	

Číslo zdrav. zařízení	Razítko zdrav. zařízení	Série a číslo * 277201
		Datum

09 DODACÍ LIST

kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
kód	
ks	
Kč	
Celkem Kč	Primář ved. odd. Předepisující lékař Převzal (datum, podpis)

Pořadové číslo	Razítko lékárny a podpis
Dat. expedice den měsíc	