

SOUHLAS OPATROVNÍKA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení pacienta:

razítko odd.

Rodné číslo:

- ☐ Jako opatrovník/zákonný zástupce **souhlasím** v rámci současné hospitalizace výše uvedeného v Psychiatrické léčebně v Opavě s poskytováním informací o jeho/jejím zdravotním stavu.
Informace lze sdělit těmto osobám:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště nebo jiná kontaktní adresa, tel. č:

- ☐ Jako opatrovník v rámci současné hospitalizace výše uvedeného v Psychiatrické léčebně v Opavě **nesouhlasím** s poskytováním informací o jeho / jejím zdravotním stavu komukoliv.

Souhlasím s nahlížením auditorů pro kvalitu ošetrovatelské péče do zdravotnické dokumentace v záhlaví uvedeného pacienta ☐ ANO ☐ NE

Souhlasím s nahlížením studentů zdravotnických oborů do zdravotnické dokumentace v záhlaví uvedeného pacienta ☐ ANO ☐ NE

☐ Beru na vědomí, že na některých stanicích PL je instalován kamerový systém.

☐ Seznámil jsem se s následujícími dokumenty:

- Práva duševně nemocného
- Domácí řád
- Pravidla stížnostní procedury

Jmenované dokumenty jsou dostupné na internetu na adrese www.plopava.cz

V dne:

.....
podpis opatrovníka/zákonného zástupce

.....
ošetřující lékař PL Opava