

PROHLÁŠENÍ zákonného zástupce
o souhlasu s přijetím nemocného do ústavní péče,
s vyšetřovacími a léčebnými výkony a užitím omezovacích prostředků

Jméno a příjmení nemocného:

Rodné číslo nemocného:

Trvalé bydliště nemocného:

Potvrzuji, že mi byly poskytnuty informace o podmínkách léčby. Potvrzuji, že jsem byl(a) informován(a) o vyšetřovacích a léčebných výkonech, potřebných ke zjištění zdravotního stavu a k léčení nemocného, jehož jsem zákonným zástupcem. K základním vyšetřovacím úkonům patří i odběr krve a moči na laboratorní vyšetření včetně vyšetření na infekční nemoci, odběr moči a stolice na bacilonosičství a základní sociální šetření k osobě nemocného související s léčbou.

Léčebnou metodou pro případy jinak nezvladatelného neklidu a poruch chování, kterými by nemocný mohl ohrozit sebe nebo své okolí, je také užití omezovacích prostředků. Omezovacími prostředky se rozumí umístění nemocného do izolační místnosti, umístění nemocného do sítového lůžka, omezení nemocného pomocí ochranných pásů, ochranného kabátku či podání akutních parenterálních psychofarmak, či kombinace uvedených prostředků. Omezovací prostředky jsou užity pouze na výslovné doporučení lékaře a na nezbytně nutnou dobu. Po celou dobu užití omezovacího prostředku je nemocný pod zvýšeným dohledem ošetřovatelského personálu, jeho duševní i tělesný stav je průběžně sledován.

Jsem si vědom(a), že mám právo na informace o dalších vyšetřovacích a léčebných výkonech, o zdravotním stavu a o průběhu léčby nemocného, včetně užití omezovacích prostředků.

Prohlašuji, že souhlasím s přijetím, vyšetřením a léčbou nemocného, jehož jsem zákonným zástupcem, ve zdravotnickém zařízení:

Psychiatrická léčebna Opava

Prohlašuji, že souhlasím s užitím omezovacích prostředků u nemocného, a to pouze v lékařem doporučených případech a na nezbytně nutnou dobu.

Toto prohlášení má platnost během celé doby léčby v PL i v případě překladu v rámci celé psychiatrické léčebny.

Jsem si současně vědom(a), že mám právo souhlas kdykoliv svobodně odvolat.

.....
Jméno a příjmení zákonného zástupce

.....
podpis zákonného zástupce