ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Uzatvorená podľa zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a podľa § 51 Občianskeho zákonníka medzi

Pacient:[1]

Meno a priezvisko:.....
Dátum narodenia:.....
Rodné číslo: .....
Trvalý pobyt: .....
Zdravotná poisťovňa: .....
E-mail: .....
Tel.: .....
(ďalej len „***Pacient***“)

V zastúpení zákonného zástupcu:[2]

Meno a priezvisko:.....
Dátum narodenia:.....
Trvalý pobyt: .....
E-mail: .....
Tel.: .....

a

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

S obchodným menom: ....., sídlo: ....., IČO: ....., Registrácia: Obchodný register Okresného súdu ....., oddiel: ....., vložka číslo: ....., Konajúci prostredníctvom: .....
Povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia vydané ..... samosprávnym krajom IBAN: ..... v špecializačnom odbore .....

Všetky kontaktné údaje poskytovateľa sú dostupné na webe ambulancie: .....[3]
(ďalej len „***Poskytovateľ***“)

Článok I
PREDMET ZMLUVY

1. Na základe tejto Zmluvy bude Poskytovateľ Pacientovi poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore špecifikovanom v záhlaví tejto zmluvy.

Článok II
VZÁJOMNÉ PRÁVA A POVINNOSTI

1. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne (lege artis) a tam kde to vyžadujú právne predpisy na základe Informovaného súhlasu Pacienta.
2. Pacient berie na vedomie, že znenia poučení k jednotlivým zdravotným výkonom, ktoré realizuje Poskytovateľ, sú dostupné v písomnej forme na webe ambulancie a tiež priamo v priestoroch ambulancie Poskytovateľa. Pred výkonom sa Pacient oboznámi s poučením zverejneným podľa predchádzajúcej vety, ktoré sa vzťahuje ku konkrétnemu výkonu, ktorý sa má Pacientovi realizovať; pričom poučenie poskytne aj ošetrujúci zdravotnícky pracovník Poskytovateľa pred výkonom a zodpovie položené otázky Pacienta.. Poučenie oznámené zákonnému zástupcovi sa považuje za doručené aj nespôsobilému pacientovi.
3. Pacient sám rozhoduje o svojom zdraví a nesie za neho plnú zodpovednosť. Zdravotná starostlivosť sa preto zo strany Poskytovateľa poskytuje v zásade na základe podnetu/žiadosti od samotného Pacienta.
4. Zdravotnú starostlivosť možno poskytnúť efektívne jedine na základe plnej súčinnosti Pacienta..
5. Všetky právne vzťahy výslovne neupravené v Zmluve sa budú riadiť Všeobecnými zmluvnými podmienkami Poskytovateľa (ďalej ako „VZP“) Cenníkom a všeobecne záväznými právnymi predpismi. Pacient vyhlasuje, že sa pred podpisom tejto Zmluvy oboznámil s platným a účinným znením VZP a Cenníkom dostupnými v čakárni Poskytovateľa a na webe ambulancie.
6. Pacient vyhlasuje, že všetky jeho identifikačné a kontaktné údaje ako sú telefónne číslo, e-mail, prípadne iné kontaktné údaje uvedené v tejto Zmluve alebo v zdravotnej dokumentácii pacienta (ďalej ako „údaje Pacienta“) sú pravdivé, správne, úplné a aktuálne. V prípade akýchkoľvek zmien v údajoch je Pacient povinný o zmenách bezodkladne informovať Poskytovateľa. Do momentu písomného oznámenia zmeny údajov Pacienta, sa má za to, že údaje uvedené v záhlaví tejto Zmluvy sú správne a platné (ďalej ako „prezumpcia správnosti“).
7. Komunikácia medzi Pacientom a Poskytovateľom môže byť realizovaná prostredníctvom pošty, krátkej textovej správy (SMS), e-mailu, telefonicky, alebo za pomoci iných vhodných komunikačných platforiem (stačí, ak si ich Poskytovateľ a pacient dodatočne odsúhlasia – v takom prípade sa prezumpcia správnosti uplatní aj na tieto platformy). Výber spôsobu komunikácie je výlučne na Poskytovateľovi, pokiaľ z VZP nevyplýva konkrétny spôsob doručovania informácií Pacientovi.

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Al Mente s.r.o., Hlavná 27/A, Trnava, 917 01, IČO: 50126687

8. Povinnosťou Pacienta je zabezpečiť ochranu svojho súkromia a nepretržitú aktuálnosť údajov Pacienta. Pacient je povinný zabezpečiť, aby k jeho emailovej schránke, k zariadeniu, na ktorom sa používa telefónne číslo uvedené v Zmluve, alebo v jeho zdravotnej dokumentácii, ako aj k dodatočne odsúhlaseným komunikačným platformám (pre komunikáciu medzi Pacientom a Poskytovateľom) mali prístup výlučne len tie osoby, ktoré Pacient oprávnil oboznamovať sa s obsahom zdravotnej dokumentácie Pacienta a s komunikáciou medzi Pacientom a Poskytovateľom. Poskytovateľ nezodpovedá za škodu priamo alebo nepriamo spôsobenú tým, že sa do obsahu emailovej schránky, telefonickému zariadeniu s telefónnym číslom Pacienta, či k dodatočne odsúhlaseným komunikačným platformám dostala nepovolaná osoba.

Článok III
OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV

1. Pacient potvrdzuje, že Poskytovateľ mu ako dotknutej osobe poskytol všetky informácie o spracúvaní osobných údajov, tak ako vyplývajú z Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 (GDPR) a zo zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o doplnení niektorých zákonov, a že sa s týmito informáciami pred podpísaním tejto Zmluvy oboznámil, tieto sú mu jasné a zrozumiteľné. Informácie sú uverejnené v čakárni ambulancie ako aj na webe ambulancie.

Článok IV
TRVANIE ZMLUVY

1. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.
2. Odsek sa uplatní v prípade, ak sa Pacientovi na základe tejto Zmluvy poskytuje všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť: Pacient vyhlasuje, že v čase uzatvorenia tejto zmluvy nemá uzatvorenú inú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti**.**
3. Spôsoby ukončenia platnosti Zmluvy sú upravené v právnych predpisoch. V prípade zániku Zmluvy budú naďalej platiť ustanovenia Zmluvy alebo VZP ktoré zbavujú Poskytovateľa a/alebo ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka mlčanlivosti, ak Pacient písomne neoznámi Poskytovateľovi, že takéto zbavenie mlčanlivosti odvoláva.
4. VZP a Cenník môže Poskytovateľ jednostranne zmeniť, a to napríklad z dôvodu legislatívnych zmien dotýkajúcich sa poskytovaných Služieb alebo z dôvodov smerujúcich k snahe zlepšiť poskytované Služby. Takúto zmenu je Poskytovateľ povinný oznámiť Pacientovi vo forme jej zverejnenia na webe ambulancie a v priestoroch čakárne, a to najneskôr 5 pracovných dní pred dňom nadobudnutia ich účinnosti. Nové znenie VZP a/alebo Cenníka bude Pacienta zaväzovať uplynutím piateho pracovného dňa od jeho zverejnenia spôsobom upraveným v prechádzajúcej vete.

Článok V
ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

1. V prípade, že bude niektoré z jednotlivých ustanovení tejto Zmluvy považované alebo neskôr akokoľvek vyhlásené za neplatné, nevykonateľné, neúčinné či neúplné, nebude mať táto skutočnosť vplyv na platnosť zostávajúcich ustanovení Zmluvy.
2. Táto Zmluva ruší a nahrádza všetky dojednania, ktoré boli doteraz uzavreté medzi Poskytovateľom a Pacientom.
3. Táto Zmluva je vyhotovená v dvoch exemplároch, pričom jeden obdrží Pacient a jeden Poskytovateľ.
4. Zmluvné strany vyhlasujú, že si Zmluvu prečítali, rozumejú jej obsahu a vyhlasujú, že vyjadruje ich skutočnú vôľu na znak čoho ju podpisujú.
5. Zmluva nadobúda platnosť a účinnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami.

V ....., dňa .....[4]

Pacient: .....[5]

Za poskytovateľa:[7]

.....

Zákonný zástupca: .....[6]

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Al Mente s.r.o., Hlavná 27/A, Trnava, 917 01, IČO: 50126687

Návod na odovzdávanie poučenia pacientom a na prácu s informovanými súhlasmi

Vážený/á pán/pani doktor/ka,
máte pred sebou **návod na odovzdávanie poučenia pacientom a na prácu s informovanými súhlasmi.** Cieľom tohto návodu je poskytnúť Vám inštrukcie na používanie nasledovných dokumentov:

A. Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
B. Všeobecné obchodné podmienky ambulancie,
C. Informované rozhodnutie pacienta s výkonom,
D. Podpisový list pre zaznamenanie realizovania poučenia o výkone a o rozhodnutí pacienta, či výkon podstúpi.

Je potrebné si uvedomiť, že jednotlivé dokumenty je možné použiť až po ich doplnení/dopracovaní.

Je potrebné zdôrazniť, že používanie jednotlivých dokumentov je viazané na existenciu základného predpokladu fungovania tohto modelu, a tým je web ambulancie. Web ambulancie môže mať ambulancia jednoducho aj cez náš portál www.medipravnik.sk.

A. Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

V prípade všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné, aby vzájomný právny vzťah medzi pacientom a poskytovateľom bol založený písomnou zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V prípade špecializovanej zdravotnej starostlivosti sa písomná zmluva nevyžaduje, ale s ohľadom na náš model sa jej písomná forma predpokladá aj v prípade špecializovanej zdravotnej starostlivosti.

Pred uzatvorením zmluvy s pacientom je potrebné umožniť pacientovi oboznámiť sa s jej obsahom. Najlepšie je určite zabezpečiť zverejnenie jej znenia priamo na webe ambulancie a zároveň v čakárni Vašej ambulancie.

Pred samotným podpisom zmluvy je potrebné doplniť nasledovné časti zmluvy:

Bod 1
Doplňte údaje o pacientovi: Meno a priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, trvalý pobyt, zdravotná poisťovňa, telefón a email pre potreby komunikácie s pacientom.

Bod 2
Doplňte údaje o zákonnom zástupcovi pacienta: Meno a priezvisko, dátum narodenia, trvalý pobyt, telefón a email pre potreby komunikácie so zákonným zástupcom pacienta.

Bod 3
Doplňte údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti: doplniť informácie v rozsahu obchodné meno, sídlo, IČO, zápis do Obchodného registra. Tiež je potrebné doplniť informácie o získanom povolení na základe, ktorého je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť, a to v rozsahu uvedenia samosprávneho kraja, ktorý povolenie vydal, č. rozhodnutia a dátumu vydania a špecializačného odboru, pre ktorý bolo rozhodnutie vydané. Je potrebné tiež doplniť link na web ambulancie, podľa toho, kde bude mať ambulancia web, nakoľko celý model je založený na existencii webu ambulancie.

Bod 4
Doplňte dátum podpisu zmluvy.

Bod 5
Zabezpečte podpis pacienta, ak ide o plne spôsobilého pacienta.

Bod 6
Zabezpečte podpis zákonného zástupcu, ak ide o pacienta, ktorý nemá plnú spôsobilosť na právne úkony – dieťa do 18 rokov veku alebo pacient, ktorého spôsobilosť bola obmedzená rozhodnutím súdu.

Bod 7
Zabezpečiť podpis poskytovateľa zdravotnej starostlivosti – Váš podpis, ako podpis osoby oprávnenej konať v mene poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (konateľa spoločnosti).

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Al Mente s.r.o., Hlavná 27/A, Trnava, 917 01, IČO: 50126687

Po podpise zmluvy medzi Vami a pacientom/zákonným zástupcom je potrebné jedno vyhotovenie odovzdať pacientovi/zákonnému zástupcovi a jedno vyhotovenie založiť do zdravotnej dokumentácie pacienta, prípadne osobitného šanóna, v ktorom budete mať uložené zmluvy so všetkými pacientmi.

B. Všeobecné zmluvné podmienky ambulancie

V rámci predpokladaného a nami spracovaného modelu bude znenie Všeobecných zmluvných podmienok ambulancie (ďalej ako „VZP“) zverejnené priamo na webe ambulancie. Tiež je potrebné zabezpečiť ich zverejnenie priamo v ambulancii, najlepšie v čakárni, ktorá je prístupná všetkým pacientom. Cieľom je zabezpečiť všetkým pacientom možnosť oboznámiť sa s obsahom VZP.

Vždy je potrebné mať zverejnené platné a účinné znenie VZP. Po každej vykonanej zmene je nevyhnutné ich znenie aktualizovať aj na webe ambulancie a aj vyvesiť ich nové znenie priamo v čakárni ambulancie. V prípade vykonania zmeny, musíte o nej informovať aj pacientov, a to priamo na webe ambulancie. Pacientom musí byť jasne podaná informácia, v čom spočíva zmena VZP.

Pred samotným zverejnením VZP je potrebné doplniť nasledovné údaje:

Bod 1
Doplňte informácie o webovej stránke kde máte zverejnené VZP: doplňte URL adresu na právny web, ktorý máte v rámci balíku Ambulancia na kľúč, alebo ak VZP zverejňujete na inej webovej stránke, tak URL adresu na túto inú webstránku.

Bod 2
Doplňte informácie o poskytovateľovi: doplniť informácie v rozsahu obchodné meno, sídlo, IČO, zápis do Obchodného registra. Tiež je potrebné doplniť informácie o získanom povolení, na základe ktorého je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť, a to v rozsahu uvedenia samosprávneho kraja, ktorý povolenie vydal, č. rozhodnutia a dátumu vydania.

Bod 3
Doplňte špecializačný odbor, pre ktorý bolo vydané povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia.

Bod 4
Doplňte dátum platnosti a účinnosti VZP. Dátum platnosti predstavuje deň, kedy budú VZP vyvesené v čakárni Vašej ambulancie a dátum účinnosti predstavuje dátum, kedy sa začnú uplatňovať voči pacientom. Odporúčame, aby dátum účinnosť bol min. o 5 dní neskôr ako dátum platnosti (napr. dátum platnosti 15.5.2022 a dátum účinnosti 20.5.2022). Tieto dátumy je potrebné upraviť a aktualizovať aj v prípade akejkoľvek zmeny VZP z Vašej strany.

Bod 5
Doplňte miesto a dátum podpisu VZP. Dátum podpisu nesmie byť neskôr ako je dátum platnosti VZP! (tzn. ak je dátum platnosti 15.5.2022, tak najneskorší dátum podpisu musí byť 15.5.2022).

Bod 6
Zabezpečiť podpis poskytovateľa zdravotnej starostlivosti – podpis osoby oprávnenej konať v mene poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (konateľa spoločnosti). Pri elektronickej verzii, ktorú vo formáte pdf dávate na web nemusíte podpisovať, ale stačí ak doplníte obchodný názov ambulancie a meno a priezvisko konateľa (napr. „Ambulancia snov s.r.o., v zastúpení MUDr. Petra Krásna, konateľka“)

C. Informované rozhodnutie pacienta s výkonom

Pred každým zdravotným výkonom a pred udelením informovaného súhlasu pacientom je potrebné v zmysle zákona č. 576/2004 Z.z. poskytnúť pacientovi poučenie. Poučenie musí zo zákona zahŕňať informácie:

1. o účele a povahe ZS,
2. o následkoch,
3. o rizikách poskytnutia ZS,
4. o možnostiach voľby navrhovaných postupov,
5. o rizikách odmietnutia poskytnutia ZS.

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Al Mente s.r.o., Hlavná 27/A, Trnava, 917 01, IČO: 50126687

Vo vzťahu k poučeniam pred jednotlivými výkonmi sme vytvorili model toho, že pacientovi **budú poučenia dostupné priamo na webe ambulancie. Odkaz na tieto poučenia môže byť spracovaný na plagáte pre Vašu ambulanciu, ktorý bude obsahovať jednak link**, ale zároveň si do týchto poučení môžete vložiť aj QR kód odkazujúci priamo na poučenie. Takto odkážete pacienta/zákonného zástupcu pacienta na kompletné znenia poučení pred jednotlivými výkonmi. **Taktiež je potrebné mať poučenia k jednotlivým výkonom v tlačenej forme a umiestniť ich priamo v čakárni Vašej ambulancie**, aby boli naozaj prístupné pre všetkých pacientov/zákonných zástupcov (aj tých, ktorí nemajú prístup na internet).

Priamo v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacient vyjadrí, že berie na vedomie, že poučenia sú dostupné na webovej stránke Vašej ambulancie a tiež v čakárni ambulancie. Zároveň je v zmluve upravený postup, že sa pred výkonom pacient oboznámi s konkrétnym poučením zverejneným na webovej stránke alebo v ambulancii.

Ak pôjde o plánovaný výkon (napr. očkovanie), odporúčame Vám vopred zaslať pacientovi/zákonnému zástupcovi odkaz na poučenie k naplánovanému zdravotnému výkonu aj emailom alebo SMS správou. Text správy by mohol byť aj nasledovný (ide výlučne len o príkladnú formuláciu):

> *„Vážený zákonný zástupca pacienta,*
> *objednali ste pacienta na očkovanie proti ..... na deň ..... o ..... Odporúčame podanie očkovacej látky ..... Pred samotným očkovaním Vám odporúčame prečítať si plné znenie poučenia a informovaného súhlasu na očkovanie touto očkovacou látkou, ktoré nájdete na webovej stránke našej ambulancie ..... alebo priamo v čakárni našej ambulancie. V prípade, ak sa nebudete môcť dostaviť na očkovanie, dajte nám, prosím, včas vedieť.“*

Na webe ambulancie budete mať zverejnené jednotlivé informované súhlasy s kompletnými poučeniami k výkonom. Informované rozhodnutie pacienta bude súčasťou každého z týchto informovaných súhlasov, ktorý bude zverejnený na webe ambulancie. Bude sa využívať vo vzťahu k pacientom **v prípade prvej realizácie konkrétneho výkonu voči pacientom**. Čiže, ak budete vykonávať prvýkrát napr. výkon odber žilovej krvi, vytlačíte si kompletný informovaný súhlas, ktorý bude obsahovať samotné poučenie a túto druhú časť – informované rozhodnutie pacienta s výkonom. Doplníte údaje, pacient sa Vám podpíše a túto prvú verziu kompletného informovaného súhlasu obsahujúcu aj poučenie a podpis pacienta založíte do zdravotnej dokumentácie pacienta.

Každý ďalší výkon odberu žilovej krvi realizovaný pacientovi, pri ktorom už máte prvý kompletný informovaný súhlas založený v dokumentácii, **budete už zapisovať do podpisového listu podľa písm. D tohto manuálu**.

Tento dokument je možné použiť až po jeho doplnení:

Bod 1
Doplňte údaje o pacientovi: Meno a priezvisko, rodné číslo pacienta.

Bod 2
Doplňte údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti: Názov, sídlo, IČO, kontakt.

Bod 3
Informujte sa u pacienta, aké lieky užíva a informácie o nich uveďte do tejto časti IS. Túto časť si môžete rozšíriť o ďalšie relevantné informácie, ktoré majú vplyv na zdravotný výkon.
Cieľom tejto časti je vylúčiť prípadné riziko, že pacient užíva lieky, ktoré sú napr. kontraindikované (resp. zvyšujú známe riziká) s realizovaným výkonom a Vy o tejto skutočnosti neviete. Ak pacient lieky užíva, tak nech je o tom uvedená správa v tejto časti IS. Ak neužíva lieky, tak je potrebné túto časť – tieto bodky preškrtnúť.

Bod 4
Informujte sa u pacienta, či trpí alergiami a informácie o nich uveďte do tejto časti IS. Túto časť si môžete rozšíriť o ďalšie relevantné informácie, ktoré majú vplyv na zdravotný výkon.
Cieľom tejto časti je vylúčiť prípadné riziko vzniku alergií pri/po zdravotnom výkone, resp. určiť, či je vôbec možné zdravotný výkon vôbec vykonať. Ak pacient trpí alergiami, tak nech je o tom uvedená správa v tejto časti IS. Ak netrpí alergiami, tak je potrebné túto časť – tieto bodky preškrtnúť.

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Al Mente s.r.o., Hlavná 27/A, Trnava, 917 01, IČO: 50126687

Bod 5

Vyhlásenie nespôsobilého pacienta

Informovaný súhlas obsahuje aj vyhlásenie nespôsobilého pacienta (maloletého pacienta/pacienta pozbaveného alebo obmedzeného v spôsobilosti na právne úkony). V zmysle zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa vyžaduje v prípade, ak informovaný súhlas udelil zákonný zástupca, aby súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie pacienta bolo vyhlásenie osoby nespôsobilej na udelenie informovaného súhlasu.

Zakrúžkujte správnu odpoveď a prešKrtnite nesprávnu:

a) ak nespôsobilý pacient súhlasí s výkonom, zakrúžkujte možnosť „súhlas“
b) ak nespôsobilý pacient nesúhlasí s výkonom, zakrúžkujte možnosť „nesúhlas“

Bod 6

Rozhodnutie pacienta:

Zakrúžkujte správnu odpoveď a prešKrtnite nesprávnu:

a) ak pacient súhlasí s výkonom, zakrúžkujte možnosť „udeľujem súhlas“
b) ak pacient nesúhlasí s výkonom, zakrúžkujte možnosť „neudeľujem súhlas“

Bod 7

Vyplňte čas udelenia súhlasu pacienta.

Bod 8

Podpis pacienta/zákonného zástupcu pacienta.

Bod 9

Doplňte meno a priezvisko zdravotníckeho pracovníka, ktorý pacientovi/zákonnému zástupcovi poskytol poučenie o zdravotnom výkone. Nezabudnite na pečiatku poskytovateľa a podpis zdravotníckeho pracovníka.

D. Podpisový list pre zaznamenanie realizovania poučenia o výkone a o rozhodnutí pacienta, či výkon podstúpi

Pacient bude na podpisovom liste potvrdzovať poskytnutie poučenia ošetrujúcim zdravotníckym pracovníkom určeným poskytovateľom a udelenie informovaného rozhodnutia v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. vo vzťahu k jednotlivým zdravotným výkonom uvedeným v tabuľke, ktorá je súčasťou podpisového listu. Každý pacient bude mať svoj podpisový hárok, ktorý bude založený v jeho zdravotnej dokumentácii. **Tento podpisový list sa bude využívať až pri ďalšom (druhom, treťom a nasledujúcom) realizovaní určitého zdravotného výkonu vo vzťahu k danému pacientovi**. Prvotne bude poučenie a podpis pacienta zabezpečovaný postupom podľa bodu C. tohto manuálu.

Podpisový hárok pacienta zohľadňuje nami vytvorený postup poučovania pacienta pred výkonmi. **Takto vytvoreným modelom poskytovania poučenia je možné spätne preukázať, že pacientovi bolo poučenie poskytnuté v plnom rozsahu tak, ako to vyžaduje zákon.**

V podpisovom liste je potrebné doplniť nasledovné údaje:

Bod 1

Doplňte údaje o pacientovi: Meno a priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, trvalý pobyt, zdravotná poisťovňa, telefón a email pre potreby komunikácie s pacientom.

Bod 2

Doplňte údaje o zákonnom zástupcovi pacienta: Meno a priezvisko, dátum narodenia, trvalý pobyt, telefón a email pre potreby komunikácie so zákonným zástupcom pacienta.

Bod 3

Doplňte údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti: doplniť informácie v rozsahu obchodné meno, sídlo, IČO, link na web ambulancie.

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Al Mente s.r.o., Hlavná 27/A, Trnava, 917 01, IČO: 50126687

Bod 4
Doplniť dátum a čas udelenia informovaného rozhodnutia pre každý zdravotný výkon samostatne.

Bod 5
Doplniť názov zdravotného výkonu, ktorý má byť pacientovi realizovaný.

Bod 6
Do stĺpca č. 3 sa uvádzajú lieky alebo ochorenia iba v prípade, ak sa od udelenia prvotného informovaného súhlasu s daným výkonom niečo zmenilo – čiže užíva nové lieky/má nové ochorenia, ktoré pri prvotnom udelení informovaného súhlasu neužíval/nemal. Ak sa stav nezmenil, tak toto políčko preškrtnite.

Bod 7
Na toto miesto sa podpisuje pacient/zákonný zástupca pacienta, ak **s výkonom nesúhlasí.** Ak pacient s výkonom súhlasí, tak toto políčko preškrtnite.

Bod 8
Na toto miesto sa podpisuje pacient/zákonný zástupca pacienta, ak s **výkonom súhlasí.** Ak už pacient podpísal predchádzajúce políčko (bod 7), tak políčko č. 8 preškrtnite.

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Al Mente s.r.o., Hlavná 27/A, Trnava, 917 01, IČO: 50126687