

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: ŠNOP Bratislava, n.o. Záhradnícka 4880/42, Bratislava-Ružinov

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

..... dátum narodenia:

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby, prípadne vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnóza(y) (prípadne sa uvedenie aj predoperačná diagnóza) *

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príp. navrhovaný výkon, ortopedická pomôcka:

Dolu podpísaný(á)potvrdzujem svojím podpisom, že mám plne hradenú zdravotnú starostlivosťou zdravotnou poisťovňou a lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti alebo v súčasnosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov (napr. operácie a pod.) ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou.

Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. **Bližšie informácie k rizikám poskytovania ZS a poučenia na <https://www.snop.sk/objednavanie/informovane-suhlasy/>.**

Zároveň sa zaväzujem počas absolvovania liečebných procedúr dodržiavať všetky záväzné predpisy platné v ŠNOP.

V zmysle § 13 ods. 1 písm. c) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov som bol poučený o právach dotknutej osoby pri spracúvaní mojich osobných údajov v informačnom systéme ŠNOP za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Bližšie informácie sú na nástenke v čakárni, informačnom letáku a na https://www.snop.sk/snop__o_nemocnici/pacientsky_orientovana_nemocnica/ochrana_osobnych_udajov_v_sn_op_v_sulade_s_gdpr/.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom **súhlasím - nesúhlasím****, zároveň **súhlasím – nesúhlasím ****, aby sa poskytovania zdravotnej starostlivosti zúčastnili osoby, ktoré sa v ŠNOP Bratislava, n.o. vzdelávajú a získavajú spôsobilosť k výkonu zdravotníckeho povolania (napr. študenti zdravotníckych škôl, lekárske fakulty a pod.), taktiež **súhlasím – nesúhlasím ****, so zbavením povinnosti mlčanlivosti ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov na účely poskytnutia mojich údajov, vrátane údajov zo zdravotnej dokumentácie študentom, ktorí sa zúčastňujú mne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V zmysle § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z. z. **súhlasím - nesúhlasím**** so spracúvaním mojich osobných údajov kopírovaním alebo skenovaním občianskeho preukazu a preukazu poistenca.

V dňačas

.....
podpis a pečiatka lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdr.
starostlivosť (príp. jej zákon. zástupcu)

POUČENIE A PÍ SOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA V zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z.

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: ŠNOP Bratislava, n.o. Záhradnícka 4880/42,
Bratislava-Ružinov

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

..... dátum narodenia:

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby, prípadne vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti nové prejavy
ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnóza(y) (prípadne sa uvedenie aj predoperačná diagnóza) *

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príp. navrhovaný výkon, ortopedická pomôcka:

Dolu podpísaný(á)potvrďujem svojím podpisom, že mám
plne hradenú zdravotnú starostlivosťou zdravotnou poisťovňou a lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri
poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti
liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti alebo v súčasnosti diagnostikované (v prípade potreby
doplnenie závažných anamnestických údajov):

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á)
o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť
poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov (napr.
operácie a pod.) ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou
starostlivosťou.

Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia
poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku,
s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. **Bližšie informácie k rizikám poskytovania ZS a
poučenia na <https://www.snop.sk/objednavanie/informovane-suhlasy/>.**

Zároveň sa zaväzujem počas absolvovania liečebných procedúr dodržiavať všetky záväzné predpisy platné
v ŠNOP.

V zmysle § 13 ods. 1 písm. c) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých
zákonov som bol poučený o právach dotknutej osoby pri spracúvaní mojich osobných údajov v informačnom
systéme ŠNOP za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Bližšie informácie sú na nástenke v čakárni,
informačnom letáku a na
[https://www.snop.sk/snop__o_nemocnici/pacientsky_orientovana_nemocnica/ochrana_osobnych_udajov_v_sn
op_v_sulade_s_gdpr/](https://www.snop.sk/snop__o_nemocnici/pacientsky_orientovana_nemocnica/ochrana_osobnych_udajov_v_sn_op_v_sulade_s_gdpr/).

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom **súhlasím - nesúhlasím****, zároveň
súhlasím – nesúhlasím **, aby sa poskytovania zdravotnej starostlivosti zúčastnili osoby, ktoré sa v ŠNOP
Bratislava, n.o. vzdelávajú a získavajú spôsobilosť k výkonu zdravotníckeho povolania (napr. študenti
zdravotníckych škôl, lekárske fakulty a pod.), taktiež **súhlasím – nesúhlasím ****, so zbavením povinnosti
mlčanlivosti ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov na účely poskytnutia mojich údajov, vrátane údajov zo
zdravotnej dokumentácie študentom, ktorí sa zúčastňujú mne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V zmysle §
13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z. z. **súhlasím - nesúhlasím**** so spracúvaním mojich osobných údajov
kopírovaním alebo skenovaním občianskeho preukazu a preukazu poistenca.

V dňačas

.....
podpis a pečiatka lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdr.
starostlivosť (príp. jej zákon. zástupcu)