

Názov a adresa poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ÚZS“):
ŠNOP Bratislava, n.o. Záhradnícka 42, Bratislava

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

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

.....

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

.....

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

.....

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia službukonajúcimi zdravotníckymi pracovníkmi 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.

Riadne som bol/a poučený/á aj o rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti v súvislosti s tým, že niektoré lieky nemožno užívať spoločne s inými (resp. nesmie sa porušiť predpísané dávkovanie liekov), pretože by to mohlo spôsobiť poškodenie zdravia a zároveň som bol(a) ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom upozornený(á) na povinnosť informovať nemocnicu o všetkých druhoch liekov, ktoré v súčasnosti užívam, vrátane tých, ktoré mi boli predpísané iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Taktiež som bol informovaný, že v prípade liečby ochorenia nesúvisiaceho s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v špecializovanej nemocnici, si musím zabezpečiť na pobyt také množstvo liekov, aké je potrebné podľa časového režimu užívania lieku stanoveného poskytovateľom, ktorý lieky predpísal.

Svojim podpisom vyjadrujem **súhlas – nesúhlas** **, že:

- poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre navrhovaný liečebný postup. **Bližšie informácie k rizikám poskytovania ZS a poučenia na <https://www.snop.sk/objednavanie/informovane-suhlasyl>.**
- pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti mne sa môžu zúčastniť osoby, ktoré sa v ŠNOP Bratislava, n.o. vzdelávajú a získavajú spôsobilosť k výkonu zdravotníckeho povolania (napr. študenti zdravotníckych škôl, lekárske fakulty a pod.),
- 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.
- sa zaväzujem počas absolvovania liečebných procedúr dodržiavať všetky záväzné predpisy platné v ŠNOP.

V dňa

čas *

.....

podpis a pečiatka lekára

.....

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

* vyplní vyšetrujúci lekár v slovenskom jazyku

** nehodiace preškrtnúť

VYHLÁSENIE PACIENTA

Názov a adresa poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ÚZS“):

ŠNOP Bratislava, n.o. Záhradnícka 42, Bratislava

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

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) dnešným dňom prijatý(á) do ÚZS v Špecializovanej nemocnici pre ortopedickú protetiku Bratislava, n.o. (ďalej ŠNOP).

Službukonajúcimi zdravotníckymi pracovníkmi som bol(a) riadne upozornený(á), aby som na oddelenie ŠNOP nebral(a) so sebou väčšie množstvo peňažných prostriedkov, klenoty, elektrické zariadenia a iné cennosti, pretože prevádzkovateľ nemôže vyvinúť adekvátnu starostlivosť na ich zabezpečenie pred stratou, poškodením a zničením bez ich prijatia do úschovy.

Zároveň som bol(a) informovaný(á) o možnosti zloženia peňažných prostriedkov, klenot, iných cenností ako aj osobných vecí do úschovy počas môjho pobytu na oddelení, o čom mi bude zo strany nemocnice vydané písomné potvrdenie.

Osoba oprávnená oboznamovať sa s mojim zdravotným stavom v plnom rozsahu je

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol **oboznámený** s informačným materiálom ohľadom pádov na lôžkovom oddelení a nosnosti zariadení, s ktorými môžem prísť do styku počas pobytu na LO.

Ďalej som bol oboznámený a súhlasím s domácim poriadkom, s Chartou práv pacienta, s nepoužívaním vlastných elektrických zariadení na lôžkovom oddelení.

V súlade s ust. § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z. z. udeľujem poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti súhlas :

ÁNO / NIE

		na získanie a spracúvanie mojich osobných údajov kopírovaním alebo skenovaním preukazu poistenca,
		na informovanie ma ošetrojúcim personálom o mojom zdravotnom stave pred spolupacientmi pri spoločných vizitách,
		na zverejnenie môjho mena a priezviska na editovateľných tlačivách voľne prístupných pri lôžku pacienta, na podávaných infúzných nádobách, na označení miesta pri stole v spoločnej jedálni a na nástenke pri vstupe na oddelenie.
		s vyhotovením fotografií, ktoré sú súčasťou mojej zdravotnej dokumentácie za účelom objektívneho zdokumentovania a porovnania stavu pokožky pri prijatí a pri prepustení z lôžkového oddelenia.

Zároveň **som oboznámený**, že priestory lôžkového oddelenia (chodba, jedáleň, vstup na oddelenie) sú z bezpečnostných dôvodov monitorované kamerovým systémom bez záznamu, a to bez časového obmedzenia.

ŠNOP, n.o. ako prevádzkovateľ podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov spracúva osobné údaje pacienta. Právnym základom na spracúvanie osobných údajov je plnenie zmluvného vzťahu medzi ŠNOP, n.o. ako poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a pacientom, **nevyhnutnosť spracúvania osobných údajov podľa osobitných predpisov (napr. zákon č. 576/2004 Z.z.),** ako aj oprávnený záujem ŠNOP, n.o. najmä v súvislosti s vykazovaním zdravotnej starostlivosti zdravotným poisťovním a vedením zdravotnej dokumentácie. Osobné údaje budú uchovávané počas poskytovania zdravotnej starostlivosti a počas doby potrebnej archivácie v súvislosti s povinnosťou vedenia a uchovávania zdravotnej dokumentácie.

Svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že som **bol/a – nebola/a** oboznámený/á najmä:

- s kontaktnými údajmi zodpovednej osoby, ktorá v mene ŠNOP, n.o. vykonáva činnosti súvisiace s ochranou osobných údajov, a ktorou je: Mgr. Tatiana Čefovská, pracovisko ŠNOP, n.o., Záhradnícka 42, 821 08 Bratislava, kontakt: **osobneudaje@snop.sk**.
- s kategóriami príjemcov osobných údajov, ktorým môžu byť poskytnuté osobné údaje – zdravotné poisťovne, iní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (napr. ambulantné zariadenia, zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a iní), poskytovatelia služieb súvisiacich s vykazovaním zdravotnej starostlivosti a v súvislosti so zálohovaním elektronických údajov a ďalšie subjekty, **ktorým je ŠNOP, n.o. povinná poskytovať údaje podľa osobitných predpisov** - bližšie na https://www.snop.sk/snop_-_o_nemocnici/pacientsky_orientovana_nemocnica/ochrana_osobnych_udajov_v_snop_v_sulade_s_gdpr/
- so svojim **právom na prístup** k svojim osobným údajom, **právom na opravu, vymazanie** osobných údajov (pokiaľ toto právo nie je v rozpore s povinnosťou ŠNOP, n.o. viesť a uchovávať osobné údaje pacienta ako súčasť zdravotnej dokumentácie), **právom na obmedzenie** spracúvania osobných údajov, **právom odvolať súhlas** so spracovaním osobných údajov (ak je súhlas právnym základom spracúvania), **právom na namietanie** spracúvania osobných údajov, **právom na prenosnosť** osobných údajov ako aj **právom podať návrh** Úradu na ochranu osobných údajov na začatie konania v prípade porušenia práv na ochranu osobných údajov.

Počas návštevných hodín sa budem s príbuznými zdržiavať na prízemí ŠNOP alebo na lôžkovom oddelení na 3. poschodí.

Taktiež som si vedomý, že ak som obdržal pomôcky na cvičenie, som povinný ich pri odchode vrátiť fyzioterapeutovi.

V Bratislave dňa:

Podpis pacienta:

** nehodiace preškrtnúť