

INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

Pacient

Priezvisko:	
Meno:	
Dátum narodenia:	
Kód poisťovne:	

Ambulancia

Ambulancia:	Jednodňovej zdravotnej starostlivosti
Telefón:	
Pacienta poučil:	MUDr.

- Vyhlasujem, že som bol/a v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zrozumiteľným spôsobom poučený/á o povahe môjho zdravotného stavu, o postupe pri navrhovaných spôsoboch vyšetrení či lekárskych výkonov, ako aj o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.
- Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím s realizáciou lekárskeho vyšetrenia a výkonov v súvislosti s výkonom: **APLIKÁCIE PRP, HA-PRP*** v rozsahu, v akom som bol/a poučený.
- Ďalej vyhlasujem, že som si vedomý, že vyššie uvedený výkon nemusí vykonať lekár, ktorý ma doteraz ošetroval a súhlasím s tým.
- Vyhlasujem, že som podľa svojho najlepšieho vedomia a svedomia povedal/a vyšetrujúcemu lekárovi všetky dôležité skutočnosti, ktoré môžu mať vplyv na odporúčané vyšetrenie či lekárskeho výkonu a nezamlčal/a som nič, čo by mohlo negatívne ovplyvniť výsledok vyšetrenia.
- Beriem na vedomie že:
 - zdravotnícke zariadenie nenesie zodpovednosť za prípadnú škodu, ktorá by mohla vzniknúť v dôsledku mnou spomenutých nepravdivých alebo neúplných informácií,
 - som povinný správať sa podľa pokynov zdravotníckych pracovníkov a dodržiavať liečebný režim,
 - v celom areáli nemocnice platí zákaz fajčenia, požívania a donášania alkoholických nápojov,
 - zdravotnícke zariadenie neručí za stratu na donesených alebo odložených veciach pri návšteve alebo hospitalizácii v zdravotníckom zariadení, okrem prípadu, ak škoda vznikla na veciach donesených, umiestnených alebo odložených na mieste na to určenom,
 - udelený informovaný súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať,
 - osobné údaje budú uchovávané počas poskytovania zdravotnej starostlivosti a počas doby potrebnej archivácie v súvislosti s povinnosťou vedenia a uchovávania zdravotnej dokumentácie.
- Svojím podpisom potvrdzujem, že:
 - som osobne a dobrovoľne požiadal o výkon APLIKÁCIE PRP, HA-PRP*, ktorý nie je hrazený z verejného zdravotného poistenia a súhlasím s jeho úhradou podľa aktuálneho cenníka ŠNOP,
 - súhlasím s realizáciou lekárskeho vyšetrenia a výkonov súvisiacich s terapiou autonómnou plazmou obohatenou na trombocyty a ďalších produktov odvodených z plazmy - PRP, HA-PRP*,
 - som bol/a poučený o možných následkoch a rizikách uvedenej liečby, poučenie bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre udelenie tohto súhlasu,
 - súhlas dávam pri plnom vedomí a svojím podpisom potvrdzujem, že som právne spôsobilý samostatne sa rozhodovať bez akéhokoľvek obmedzenia mojej spôsobilosti na právne úkony a vôľová stránka mojej osobnosti nie je oslabená danosťou môjho zdravotného stavu a primerane zodpovedá mojej rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu.
- V zmysle § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z.z. udeľujem poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti súhlas na získanie a spracúvanie mojich osobných údajov kopírovaním alebo skenovaním občianskeho preukazu a preukazu poistenca.
- 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 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 Čerovská, 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 svojím 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.

*zaškrtnite typ podanej liečby

V Bratislave, dňa:

Podpis pacienta

POUČENIE PACIENTA

METÓDA A-PRP

A-PRP - z odobratej krvi pacienta sa použijú špeciálnym spôsobom pripravené trombocyty (krvné doštičky s plazmou) a následne sa injekčne aplikujú do postihnutej oblasti.

Tým, že sa trombocyty skoncentrujú, zvýši sa uvoľňovanie rastových faktorov, ktoré podporujú hojenie šliach a chrupaviek.

HA-PRP – oproti A-PRP je obohatená o kyselinu hyaluronovú, ktorá navyše zabezpečuje lepšiu elasticitu a viskozitu mäkkých tkanív v postihnutej oblasti.



RIZIKÁ:

- **zvyčajne sa nevyskytujú**, môžu sa však vyskytnúť všeobecné príznaky spojené s aplikáciou injekcie: bolesť, infekcie, neulavenie od ťažkostí, zhoršovanie ťažkostí, krvné zrazeniny,
- na začiatku liečby môže A-PRP alebo HA-PRP procedúra spôsobiť určitú lokálnu bolesť a diskomfort.

VYŠTERENIE PRED PODANÍM A-PRP a HA-PRP

Pred podaním injekcie by malo byť vykonané ortopedické alebo rehabilitačné vyšetrenie na základe, ktorého lekár posúdi vhodnosť aplikácie liečby A-PRP alebo HA-PRP.

RADY K PODANIU A-PRP ALEBO HA-PRP

- podanie injekcie A-PRP alebo HA-PRP zvyčajne netrvá viac ako hodinu,
- podanie A-PRP alebo HA-PRP má charakter ambulantného ošetrenia,
- bezprostredne pred injekciou je vhodné dodržiavať primeraný pitný režim k zabezpečeniu dostatočnej hydratácie,
- týždeň pred a po podaní injekcie neberte žiadne protizápalové prípravky, pretože by mohli znížiť prínos tejto liečby,
- odporúčame ošetrovaným, aby si po procedúre dohodli odvoz domov,
- na ošetrované miesto si môžete dať ľad alebo zvýšiť jeho polohu,
- po týždni môžete začať s rehabilitáciou a fyzikálnou liečbou.

V DEŇ PODANIA A-PRP ALEBO HA-PRP TERAPIE:

- doma vypite 500 ml nesladenej vody,
- na dohodnutý termín sa dostavte na recepciu, ktorá sa nachádza na 2.poschodí,
- na recepcii uhradíte poplatok,
- presuniete sa k operačnému traktu, ktorý je hneď vedľa recepcie.

Cena

Cena **jednej aplikácie A-PRP je 150 €** a **HA-PRP je 200 €**.

Výkon A-PRP alebo HA-PRP nie je hrađený zdravotnou poisťovňou.

V Bratislave, dňa:

.....

Podpis pacienta