ŠNOP
ŠPECIALIZOVANÁ NEMOCNICA PRE ORTOPEDICKÚ PROTETIKU

POUČENIE A PÍSOMNÝ 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) .....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/. Svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil s poučeniami a informovaným súhlasom. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.**

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_snop_v_sulade_s_gdpr/.

Svojim 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, lekárskych fakúlt a pod.), taktiež **súhlasím – nesúhlasím** **, so zbavením povinnosti mlčanlivosti ošetrujúcich 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 ..... dňa .....čas .....

....

podpis a pečiatka lekára

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

ŠNOP
ŠPECIALIZOVANÁ NEMOCNICA PRE ORTOPEDICKÚ PROTETIKU

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Trvalé bydlisko: .....

Tel. kontakt: .....

V dôsledku vzniknutej epidemiologickej situácie Vás ŠNOP, n.o. informuje, že žiaden zo zdravotníckych pracovníkov, s ktorým sa dostanete do kontaktu, si nie je vedomý vlastnej nákazy vírusom COVID-19, a ani žiadnych príznakov ochorenia COVID-19. V snahe zabezpečiť bezpečnosť Vás, ako aj ošetrujúceho personálu, si Vás dovoľujeme požiadať o vyjadrenie k nasledujúcim skutočnostiam.

V období posledných 2 týždňov	**Áno**	**Nie**
Bol/a som v zahraničí, a som v karanténe (cestovateľský semafor)		
Bol/a som v priamom kontakte s osobou s pozitívnym testom na COVID-19 a **som v karanténe**		
Mám niektoré chorobné príznaky (napr. horúčka, kašeľ, ťažkosti s dýchaním, bolesť svalov, celkovú únavu, stratu čuchu a/alebo chuti) alebo niekto z osôb žijúcich so mnou v spoločnej domácnosti.		
Som zaočkovaný/á 2. dávkou dvojdávkovej vakcíny proti COVID-19 (pred viac ako 14. dňami), alebo 1. dávkou jednodávkovej vakcíny proti COVID-19 (pred viac ako 28. dňami).		
Bol/a som negatívne testovaný/á na COVID-19 • uveďte dátum testovania		
Mám potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID-19, nie staršie ako 180 dní.		

Nameraná TT pri vstupe do nemocnice: do **37,2° C** – merané termokamerou

Ja dolupodpísaný/-á .....

čestne vyhlasujem, že údaje, ktoré som poskytol/-a sú pravdivé. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som si plne vedomý zdravotných rizík súvisiacich s pandémiou ochorenia COVID-19 a vírusom SARS-COV 2, ktorým nakazanie sa nie je vylúčené na akomkoľvek mieste. Som si vedomý/-á prípadných právnych následkov plynúcich z uvedenia nepravdivých údajov v mojom čestnom vyhlásení, najmä som si vedomý/-á, že svojim konaním môžem naplniť niektorú zo skutkových podstát trestných činov ohrozujúcich život a zdravie (§ 163 a § 164 Trestného zákona - Šírenie nebezpečnej nákazlivej ľudskej choroby, spáchanej úmyselne, alebo z nedbanlivosti). Súhlasím so spracovaním a uchovávaním tu uvádzaných osobných údajov ako súčasť zdravotnej dokumentácie vedenej v ŠNOP, n.o. za účelom zachovania bezpečnosti pri pandemickej situácii v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v ŠNOP, n.o. Osobné údaje nebudú zverejňované a ani poskytované do tretích krajín. Na základe písomnej žiadosti môžu byť údaje poskytnuté ÚVZ SR a RÚVZ v súlade so zákonom č. 355/2007 Z.z. Súhlas so spracúvaním osobných údajov (okrem údaju o tom, že je pacient v karanténe, a o zdravotnom stave pacienta), je možné kedykoľvek odvolať v zmysle § 14 ods. 3 Zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov, inak čas platnosti súhlasu a doba uchovávania údajov uplynie podľa § 22 a 23 zákona č. 576/2004 Z.z.. Právnym základom na spracúvanie (i) osobných údajov o tom, že je pacient v karanténe, a o zdravotnom stave pacienta je § 13 ods. 1 písm. b), c) a f) zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a (ii) ostatných údajov je udelenie súhlasu v zmysle § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

V Bratislave, dňa .....

Podpis pacienta /zákonného zástupcu : .....

Anamnézu odobral: .....

ŠNOP
ŠPECIALIZOVANÁ NEMOCNICA PRE ORTOPEDICKÚ PROTETIKU

POUČENIE A PÍSOMNÝ 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) .....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_snop_v_sulade_s_gdpr/.

Svojim 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, lekárskych fakúlt a pod.), taktiež **súhlasím – nesúhlasím** **, so zbavením povinnosti mlčanlivosti ošetrujúcich 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 ..... dňa .....čas .....

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

* vyplní vyšetrujúci lekár v slovenskom jazyku

** nehodiace preškrtnúť

ŠNOP
ŠPECIALIZOVANÁ NEMOCNICA PRE ORTOPEDICKÚ PROTETIKU

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Trvalé bydlisko: .....

Tel. kontakt: .....

V dôsledku vzniknutej epidemiologickej situácie Vás ŠNOP, n.o. informuje, že žiaden zo zdravotníckych pracovníkov, s ktorým sa dostanete do kontaktu, si nie je vedomý vlastnej nákazy vírusom COVID-19, a ani žiadnych príznakov ochorenia COVID-19. V snahe zabezpečiť bezpečnosť Vás, ako aj ošetrujúceho personálu, si Vás dovoľujeme požiadať o vyjadrenie k nasledujúcim skutočnostiam.

V období posledných 2 týždňov	**Áno**	**Nie**
Bol/a som v zahraničí, a som v karanténe (cestovateľský semafor)		
Bol/a som v priamom kontakte s osobou s pozitívnym testom na COVID-19 a **som v karanténe**		
Mám niektoré chorobné príznaky (napr. horúčka, kašeľ, ťažkosti s dýchaním, bolesť svalov, celkovú únavu, stratu čuchu a/alebo chuti) alebo niekto z osôb žijúcich so mnou v spoločnej domácnosti.		
Som zaočkovaný/á 2. dávkou dvojdávkovej vakcíny proti COVID-19 (pred viac ako 14. dňami), alebo 1. dávkou jednodávkovej vakcíny proti COVID-19 (pred viac ako 28. dňami).		
Bol/a som negatívne testovaný/á na COVID-19 • uveďte dátum testovania		
Mám potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID-19, nie staršie ako 180 dní.		

Nameraná TT pri vstupe do nemocnice: do **37,2° C** – merané termokamerou

Ja dolupodpísaný/-á .....

čestne vyhlasujem, že údaje, ktoré som poskytol/-a sú pravdivé. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som si plne vedomý zdravotných rizík súvisiacich s pandémiou ochorenia COVID-19 a vírusom SARS-COV 2, ktorým nakazanie sa nie je vylúčené na akomkoľvek mieste. Som si vedomý/-á prípadných právnych následkov plynúcich z uvedenia nepravdivých údajov v mojom čestnom vyhlásení, najmä som si vedomý/-á, že svojim konaním môžem naplniť niektorú zo skutkových podstát trestných činov ohrozujúcich život a zdravie (§ 163 a § 164 Trestného zákona - Šírenie nebezpečnej nákazlivej ľudskej choroby, spáchanej úmyselne, alebo z nedbanlivosti). Súhlasím so spracovaním a uchovávaním tu uvádzaných osobných údajov ako súčasť zdravotnej dokumentácie vedenej v ŠNOP, n.o. za účelom zachovania bezpečnosti pri pandemickej situácii v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v ŠNOP, n.o. Osobné údaje nebudú zverejňované a ani poskytované do tretích krajín. Na základe písomnej žiadosti môžu byť údaje poskytnuté ÚVZ SR a RÚVZ v súlade so zákonom č. 355/2007 Z.z. Súhlas so spracúvaním osobných údajov (okrem údaju o tom, že je pacient v karanténe, a o zdravotnom stave pacienta), je možné kedykoľvek odvolať v zmysle § 14 ods. 3 Zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov, inak čas platnosti súhlasu a doba uchovávania údajov uplynie podľa § 22 a 23 zákona č. 576/2004 Z.z.. Právnym základom na spracúvanie (i) osobných údajov o tom, že je pacient v karanténe, a o zdravotnom stave pacienta je § 13 ods. 1 písm. b), c) a f) zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a (ii) ostatných údajov je udelenie súhlasu v zmysle § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

V Bratislave, dňa .....

Podpis pacienta /zákonného zástupcu : .....

Anamnézu odobral: .....