



Prohlášení rodičů (zákonných zástupců) dítěte přijatého k hospitalizaci na dětské oddělení PN Havlíčkův Brod

Jméno a příjmení dítěte:

rodné číslo:

- 1 Prohlašuji, že krajská hygienická stanice ani ošetřující lékař mému dítěti nenařídili karanténní opatření (karanténu, zvýšený zdravotnický dozor nebo lékařský dohled) a že mi též není známo, že v posledním týdnu přišlo mé dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.
- 2 Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s právy a povinnostmi pacientů a s domácím řádem dětského oddělení.
- 3 Beru na vědomí a souhlasím, že pokud dítě během hospitalizace na dětském oddělení ohrožuje svým chováním své zdraví, zdraví ostatních dětí nebo majetek, či závažným způsobem narušuje program skupiny, může být na nezbytně nutnou dobu umístěno do oddělené místnosti určené k bezpečnému pohybu, ve výjimečných případech může být aplikována injekce léku na zklidnění.
- 4 Jsem si vědom(a), že nemocnice neodpovídá za škody na vybavení dítěte způsobené opotřebením, krádeží či výměnou s jinými dětskými pacienty.
- 5 Prohlašuji, že pokud mé dítě úmyslně poškodí zařízení či předměty na dětském oddělení, uhradím náhradu škody, která mi bude vyúčtována. Náhrada se týká pouze úmyslného jednání, které nesouvisí s problémovým chováním v rámci duševní poruchy.
- 6 Souhlasím, aby obsah poštovních zásilek byl za přítomnosti dítěte kontrolován zdravotnickými pracovníky.
- 7 Zavazuji se průběžně doplňovat a obměňovat ošacení dítěte podle ročního období.
- 8 Jsem si vědom(a), že za dítě přejímám odpovědnost, pokud je vezmu mimo oddělení.
9. Byl(a) jsem poučen(a) o tom, že dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod je pracoviště určené k výuce lékařů, studentů lékařských fakult, zdravotnických škol a dalších osob, které získávají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Souhlasím s přítomností těchto osob při ošetřování a léčení mého dítěte a souhlasím, aby nahlížely do jeho zdravotnické dokumentace při dodržení povinné mlčenlivosti.

Ano

Ne

- 10 Souhlasím s vyžádáním zprávy o dítěti z jeho kmenové školy.

Ano

Ne

- 11 Souhlasím, aby se učitelé, kteří jsou zaměstnanci Základní školy a Mateřské školy při zdravotnických zařízeních Kraje Vysočina, v nezbytně nutném rozsahu seznamovali s obsahem zdravotnické dokumentace vedené o mém dítěti.

Ano

Ne

- 12 Souhlasím, aby učitelé, kteří jsou zaměstnanci Základní školy a Mateřské školy při zdravotnických zařízeních Kraje Vysočina, přímým zápisem do zdravotnické dokumentace předávali nemocnici informace o chování, reakci na výuku, projevech nemoci apod. mého dítěte při výuce.

Ano

Ne

- 13 Souhlasím s vyhotovením fotografie dítěte do zdravotnické dokumentace.

Ano

Ne

- 14 Prohlašuji, že uvedené souhlasy byly poskytnuty dobrovolně a že jsem byl(a) poučen(a) o postupech a právech při zpracování osobních údajů zveřejněných na webových stránkách nemocnice. Byl(a) jsem poučen(a) o právu souhlasy dle bodu 9, 10, 11, 12 a 13 odvolat.

Dne:

jméno, příjmení a podpis rodičů (zákonných zástupců)