

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB  
A S HOSPITALIZACÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ LÁZEŇSKÉ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE

**Poskytovatel zdravotních služeb: Léčebné lázně Lázně Kynžvart, IČ:00883573**

**Poučující lékař:** .....

**Klient/ka** (Jméno a příjmení): ..... **Datum narození:** .....

**Bydliště:** .....

**ZP:** ..... **Kód ZP:** .....

**Zákonný zástupce** (Jméno a příjmení): .....

**Datum narození zákonného zástupce:** ..... **Vztah:** .....

**Bydliště zákonného zástupce:** .....  
(je-li odlišné od bydliště pacienta)

**Telefonní kontakt na klienta/zákonného zástupce:** .....

**Označení zdravotního výkonu nebo služby:** Léčebný pobyt klienta v zařízení: **Léčebné lázně Lázně Kynžvart**, IČ:00883573, se sídlem Lázeňská 295, 354 91, Lázně Kynžvart; Lázeňská léčebna Mánes Karlovy Vary, Křížkova 13, Karlovy Vary 36001

### ČÁST 1

Váš zdravotní stav / zdravotní stav nezletilého klienta vyžaduje poskytnutí zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně. Během pobytu v našem zařízení bude Vám / nezletilému klientovi poskytnuta komplexní lázeňská léčba dle individuálního plánu léčebných procedur sestavených s ohledem na charakter onemocnění, pro které praktický lékař lázeňskou léčbu doporučil v souladu s platným indikačním seznamem. Přínosem léčebného pobytu v lázních je celkové zlepšení zdravotního stavu klienta.

Vaším právem / právem zákonného zástupce nezletilého klienta je určení osob, které mohou být informovány o Vašem zdravotním stavu / zdravotním stavu nezletilého klienta, mohou nahlédnout do zdravotní dokumentace či požít kopie jejich kopie; souhlasit či nesouhlasit s léčebným pobytem a navrženými postupy a procedurami.

Klient / zákonný zástupce nezletilého klienta byl seznámen s možnou nutností provedení laboratorních popř. jiných potřebných vyšetření (odborná ambulantní vyšetření, rtg, ultrazvuk aj.) a podáváním léků jak ústy, tak cestou injekční (do žíly nebo nitrovalovou injekcí) dle vývoje zdravotního stavu klienta v případě akutního onemocnění nebo komplikací základního onemocnění, dále s provedením nutných zákroků (např. paracentézy apod.) s nutností ambulantního chirurgického vyšetření a ošetření v případě úrazu a také s nutností hospitalizace v případě zhoršení jeho zdravotního stavu v zařízení poskytujícím akutní diagnostickou a léčebnou péči, na lůžkových odděleních Karlovarské krajské nemocnice (Nemocnice Cheb).

Dovolujeme si Vás upozornit, že při pobytu v lázních jsou všichni klienti povinni se řídit léčebným plánem, který Vám / nezletilému klientovi/sestavil ošetřující lékař a Vnitřním řádem, který je k dispozici na lázeňském domě a je umístěn na internetových stránkách lázní - <https://www.lazne-kynzvalt.cz/cs/ubytovani/vnitri-rady>.

**A) Prohlašuji**, že mě zdravotnický pracovník srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o mém zdravotním stavu / zdravotním stavu nezletilého klienta/ navrženém individuálním léčebném postupu, zejména mi sdělil a vysvětlil:

- účel, povahu, předpokládaný přínos, následky a možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,
- další potřebnou léčbu, léčebný režim a preventivní opatření, která jsou vhodná,
- údaje o omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav, možných omezeních v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, lze-li takové omezení předpokládat.

Důvody hospitalizace klienta: **Komplexní (příspěvková) lázeňská léčebně rehabilitační péče.**

Plánované zdravotní služby: **Lázeňská léčebně rehabilitační péče dle stanoveného léčebného plánu.**

**B) Prohlašuji**, že mě zdravotnický pracovník poučil o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu dle § 32 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách (dále jen „Zákon“), případně možnosti určit, které osobě má být tato informace podána a o možnosti určení, kterým osobám může být informace o mém zdravotním stavu / zdravotním stavu nezletilého klienta podána. Informace o mém zdravotním stavu / o zdravotním stavu nezletilého klienta může být podána (vyznačit):

**C) dospělému klientovi**      matce nezletilého klienta      otci nezletilého klienta      dalším osobám:

.....  
(jméno, příjmení, datum narození, bydliště)

**Heslo pro komunikaci** k možnosti sdělení informací po telefonu (v případě, že je nezletilý klient bez doprovodu a zákonný zástupce nebo osoba jím pověřená chce znát aktuální zdravotní stav) je:

**ID klienta – číslo ošetřovacího protokolu (ČOP) - přidělí recepte při příjmu klienta.**

**D) Prohlašuji**, že souhlasím se svou hospitalizací / s hospitalizací nezletilého klienta v zařízení následné léčebné péče spojené s poskytováním zejména léčebně rehabilitační péče ve zdravotnickém zařízení Léčebné lázně Lázně Kynžvart, IČ:00883573, se sídlem Lázeňská 295, 354 91, Lázně Kynžvart.

V souvislosti s mojí hospitalizací / s hospitalizací nezletilého klienta a s poučením o zdravotním stavu:

- Prohlašuji, že jsem byl poučen o důvodech a vhodnosti a potřebě hospitalizace.
- Souhlasím s provedením nezbytných diagnostických a léčebných výkonů za účelem stanovení další léčby (odběr moči, krve) v průběhu mojí hospitalizace / hospitalizace nezletilého klienta.
- Souhlasím s tím, že znečištěné, hygienicky závadné osobní prádlo LLLK vypere a vícenáklady s tím spojené na konci pobytu uhradím.
- Byl/a jsem seznámen/a s **léčebným plánem a Vnitřním řádem LLLK**, s právy a povinnostmi klientů dle mezinárodního Etického kodexu / Chartou práv dítěte.

- Souhlasím s podáváním léčebných prostředků zdravotnickým personálem, u nezletilých klientů s doprovodem podává doprovod sám. Inzulín mohou aplikovat nezletilí klienti sami, pod dozorem zdravotnického personálu.
- Souhlasím, aby se na mém ošetření / ošetření nezletilého klienta účastnily osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti SZŠ, studenti LF, studenti nelékařských zdravotnických oborů), a aby mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost.
- Souhlasím s tím legitimovat se v případě vyzvání zdravotnickým pracovníkem předložením občanského průkazu (dospělé osoby).
- Souhlasím s pořizováním fotografií z pobytu mého / nezletilého klienta v lázních pro prezentaci lázeňských aktivit a pro provozní potřeby lázní.
- Souhlasím s tím, že je mou povinností uhradit zdravotnickému zařízení cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrzených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mně / nezletilému klientovi byly poskytnuty s mým souhlasem.
- Prohlašuji, že budu pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu mého / nezletilého klienta, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.
- Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné informace o mém zdravotním stavu / o zdravotním stavu nezletilého klienta, jež by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit okolí nebo majetek provozovatele a to včetně užívání léků a prodělaných onemocnění.
- **V souvislosti s pobytem v LLLK souhlasím se zpracováním osobních údajů mých / nezletilého dítěte v souladu s platnou legislativou ČR a EU a jsem seznámen/a s dokumentem „Všeobecné informace o zpracování osobních údajů“, viz. <https://www.lazne-kynzvalt.cz/cs/ubytovani/vnitri-rady>.**

## ČÁST 2

**SEZNÁMENÍ S PLÁNOVANÝM VÝKONEM** (komplexní / příspěvková / lázeňská léčebně – rehabilitační péče)  
poučení o možných nežádoucích účincích

**Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:**

Vhodnými technikami léčebné rehabilitace zlepšit kvalitu života klienta, snížením progresu jeho základního onemocnění, udržení stávajícího stavu nebo zlepšení jeho funkční kapacity, či pracovních schopností. Předpokládaným prospěchem je zlepšení kvality života klienta.

**Možná rizika při léčbě podle jednotlivých oblastí komplexní balneoterapie a fyzioterapie, která léčebné lázně vzhledem k zajištění odborného personálu a jeho opakovaného proškolení v BOZP nepředpokládají.**

*Fyzioterapie - distenze ošetřovaných tkání, zhmoždění ošetřovaných tkání, vznik podvrtnutí nebo vykloubení kloubů, zlomenin kostí při terapii*

*Fyzikální terapie (elektroléčba) - úraz elektrickým proudem, popálení kůže stejnosměrným proudem,*

*- negativní ovlivnění elektronicky řízených implantátů,*

*- poškození hlubokých tkání kolem implantátů náhrad kloubních vznikem bodových tepelných nekrotů*

*Balneologie - přehřátí organismu, opaření horkou vodou, tonutí, pády na mokřích površích*

*Terapie na přístrojích - vznik rychlé svalové únavy s bolestivými stavy, pád z přístroje*

*Mechanoterapie (masáže) - zhmoždění ošetřovaných tkání*

**Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovních schopnostech po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti se při komplexní rehabilitaci a balneoterapii nepředpokládají.**

**Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:** Nezbytnou součástí komplexní rehabilitace a balneoterapie je léčebný režim s využitím příznivého vlivu léčebného klimatu a dalších přírodních léčivých zdrojů (minerální vody, peloidy) a režimových opatření během dne, včetně stravování a doby odpočinku.

**Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s poskytnutím uvedených zdravotních služeb a svojí hospitalizací / hospitalizací nezletilého klienta.**

V Lázních Kynžvartu

V Karlových Varech

dne .....

čas .....

.....

podpis klienta (u klientů starších čtrnácti let)

**SOUHLASÍM**

**NESOUHLASÍM**

.....

podpis zákonného zástupce

.....

podpis lékaře, který provedl seznámení