

PRIVOLITEV PACIENTA ZA IZVAJANJE ZDRAVSTVENE OSKRBE IN DAJANJE INFORMACIJ O ZDRAVSTVENEM STANJU

V naši bolnišnici ste poiskali pomoč zaradi svojih zdravstvenih težav, zato vas prosimo, da privolite v osnovne postopke, ki so potrebni pri diagnostiki in zdravljenju. Če bomo na podlagi teh ugotovili, da sta potrebna še nadaljnja in zahtevnejša diagnostika in zdravljenje, vas bomo med vašim bivanjem v bolnišnici s tem sproti seznanjali. Na podlagi podrobnejših informacij se boste nato sami odločili, ali se z nadaljnjimi postopki strinjate ali ne. Spodnjo izjavo lahko kadar koli popravite tako, da pri medicinski sestri zahtevate nov obrazec. Do spremembe velja prvotna privolitev.

Ali ima pacient skrbnika?

☐ DA☐ NE

Ime in priimek skrbnika: _____

Naslov skrbnika: _____ Telefonska št.: _____

1.	Strinjam se z osnovnimi diagnostičnimi in terapevtskimi postopki, ki so namenjeni mojemu / otrokovemu zdravljenju. To so npr. pogovor o zdravstvenih težavah, telesni pregled, odvzem telesnih tekočin, rentgenske, ultrazvočne preiskave, punkcije, vstavitve katetrov.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
2.	Dovoljujem, da pri mojem zdravljenju sodelujejo študentje medicine, zdravstvene nege, dijaki ter posamezniki iz drugih zdravstvenih strok, ki so v učnem procesu v bolnišnici.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3.	Dovoljujem fotografiranje/video snemanje delov telesa oz. postopkov, ki je namenjeno načrtovanju zdravljenja ter spremljanju poteka zdravljenja in zdravstvene oskrbe. Tako pridobljene fotografije/video posnetki bodo postali del moje zdravstvene dokumentacije, zdravstveno osebje pa jih lahko uporabi v znanstveno raziskovalne in izobraževalne namene. S podpisom te izjave se hkrati odpovedujem finančnim in morebitnim drugim zahtevkom zaradi uporabe fotografij/video posnetkov.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
4.	SB Celje lahko podatke o moji bolezni, vzorce bioloških materialov in slikovni material, ki jih pridobi ob diagnostiki in zdravljenju, uporabi v internih raziskavah, ki bi lahko izboljšale diagnostiko ter zdravljenje v prihodnosti. Zagotovljeno mi je, da bo vsako raziskavo pred njenim začetkom odobrila pristojna strokovna komisija.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
5	Soglašam, da me lahko obiščejo prostovoljci, ki v bolnišnici izvajajo prostovoljno delo.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

SEZNANITEV

1.	Seznanjen-a sem, da sam-a odgovarjam za vso lastnino, ki jo prinašam s seboj in je ne oddam v hrambo bolnišnici.
2.	Seznanjen-a sem, da je kajenje v bolnišnici z zakonom (Zakon o omejevanju uporabe tobaknih izdelkov, Uradni list RS, številka 26/2003) prepovedano.
3.	Seznanjen-a sem, da ZZZS v skladu s 195. členom Pravil OZZ po zaključku bolnišničnega zdravljenja ne poravnava stroškov neupravičeno daljšega stacionarnega zdravljenja in da sem v primeru, če po zaključku bolnišničnega zdravljenja ne zapustim bolnišnice, plačnik/ca teh stroškov.
4.	V skladu z varstvom osebnih podatkov imate pravico od upravljavca kadarkoli zahtevati dostop do lastnih osebnih podatkov, izbris ali omejitev obdelave osebnih podatkov, prav tako pa imate pravico vložiti zahtevo za popravilo osebnih podatkov, ugovor obdelavi ali zahtevati prenos osebnih podatkov. O morebitnih vprašanjih, povezanih z obdelavo osebnih podatkov in uresničevanjem pravic iz varstva osebnih podatkov, se lahko obrnete na pooblaščenca osebo za varstvo osebnih podatkov, kontakt katere lahko najdete na internetni strani Splošne bolnišnice Celje - https://www.sb-celje.si/ . V primeru kršitve varstva vaših osebnih podatkov lahko pri Informacijskem pooblaščenca RS vložite inšpekcijsko prijavo ali pritožbo.

V skladu z 45. členom Zakona o pacientovih pravicah imate pravico s pisno izjavo volje določiti komu in kdaj dovolite seznaitve z vašimi zdravstvenimi podatki oziroma z vašo zdravstveno dokumentacijo, ter možnost časovne opredelite trajanje vaše izjave oz določiti komu prepovedujete seznaitve z vašimi zdravstvenimi podatki in zdravstveno dokumentacijo.

Če ne boste določili kroga upravičencev do seznaitve z vašimi zdravstvenimi podatki oz ne boste podali prepovedi do seznaitve, oz tega zaradi svojega zdravstvenega stanja ne morete storiti, se informacije o zdravstvenem stanju in seznaitve z zdravstveno dokumentacijo lahko sporoči zakoncu /zunajzakonskemu partnerju/ partnerju iz istospolne skupnosti/ staršem/ otrokom/ skrbnikom/ bratom in sestram/ starim staršem/ vnukom.

1. **DOVOLJUJEM**, da podatke o mojem bivanju v bolnišnici in mojem zdravstvenem stanju ter nenadnih spremembah zdravstvenega stanja (smrti), ter seznaitve z zdravstveno dokumentacijo, sporočate naslednjim posameznikom :

A – ožjim sorodnikom in svojcem (partnerju, otrokom, staršem)
(ime, priimek, naslov, številka telefona)

_____	Za čas življenja <input type="checkbox"/>	Za čas po smrti <input type="checkbox"/>
_____	Za čas življenja <input type="checkbox"/>	Za čas po smrti <input type="checkbox"/>
_____	Za čas življenja <input type="checkbox"/>	Za čas po smrti <input type="checkbox"/>

B – naslednjim upravičnim osebam
(ime, priimek, naslov, številka telefona)

_____	Za čas življenja <input type="checkbox"/>	Za čas po smrti <input type="checkbox"/>
_____	Za čas življenja <input type="checkbox"/>	Za čas po smrti <input type="checkbox"/>

2. **PREPOVEDUJEM**, da podatke o mojem bivanju v bolnišnici in mojem zdravstvenem stanju ter nenadnih spremembah zdravstvenega stanja (smrti), ter seznaitve z zdravstveno dokumentacijo, sporočate naslednjim posameznikom :

_____	Za čas življenja <input type="checkbox"/>	Za čas po smrti <input type="checkbox"/>
_____	Za čas življenja <input type="checkbox"/>	Za čas po smrti <input type="checkbox"/>
_____	Za čas življenja <input type="checkbox"/>	Za čas po smrti <input type="checkbox"/>

Seznaitve s podatki o svojem zdravstvenem stanju in seznaitve z zdravstveno dokumentacijo ne dovoljujem nikomur .

Za čas življenja ☐ Za čas po smrti ☐

3. **PODATKE** o mojem zdravstvenem stanju lahko dajete pooblaščenim osebam:

- A- SAMO V MOJI PRISOTNOSTI
B- OSEBNO OB OBISKU V BOLNIŠNICI
C- PO TELEFONU

Datum in ura: _____

Podpis pacienta/skrbnika/starša: _____

OPOMBE:

1. Zaradi pacientovega zdravstvenega stanja privolitve ni mogoče dobiti.

Podpis zdravnika: _____ Datum in ura: _____

2. Pacient izjave ne želi izpolniti.

Podpis delavca, ki je pridobil podatke: _____ Datum in ura: _____