

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno, příjmení uživatele:

Datum narození: zahájení sociální služby:

Potvrzuji, že jsem byl/a informována o sociálních službách, které jsou poskytovány v zájmu uživatelů a v náležité kvalitě tak, aby bylo zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob a byla zachována důstojnost při respektování individuálních potřeb uživatele sociálních služeb.

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s

- úsekovou sestrou sociálního úseku, klíčovým pracovníkem, aktivizačním pracovníkem,
- prostředím oddělení a Šumperské nemocnice, možností přivolat ošetřující personál,
- Vnitřním řádem oddělení, denním harmonogram, doprovodnými službami,
- etickým kodexem, možností podávání a vyřizování stížností,
- možností uložení občanského průkazu, cenností a finanční hotovosti,
- individuálním plánem,
- tím, že svá uvedená rozhodnutí mohu kdykoli změnit.

Souhlasím s

- vyřizováním všech úředních záležitostí pracovníky Nemocnice Šumperk ANO NE
- uložení občanského průkazu, karty pojišťovny: u sebe na pokoji v trezoru na pracovně sester
- předáním informací o všech závažných skutečnostech osobám, kterým mohou být poskytovány informace a smí nahlížet do mé dokumentace (příjmení, jméno, vztah k osobě klienta, bydliště, telefon).

.....

.....

- fotografováním své osoby na společenských aktivitách a zveřejňováním na nástěnku ANO NE
- nočními kontrolami na pokoji ANO NE
- tím, že mi bude s hygienickou péčí dopomáhat (nebo zajišťovat) osoba jiného pohlaví ANO NE
- použitím postranic na dobu nezbytně nutnou jako prevenci možného pádu ANO NE

V Šumperku dne:

.....

podpis uživatele/opatrovníka/zmocněnce

.....

podpis klíčového pracovníka