

## **Informovaný souhlas s poskytováním péče v odbornosti 903 klinická logopedie a souhlas s poskytováním informací**

Poskytovatel zdravotních služeb: Mgr. Helena Miškovská, Ph.D., Okružní 2160, Nymburk,  
288 02, IČO: 23980796, [logopedienymburk@seznam.cz](mailto:logopedienymburk@seznam.cz), [www.logopedienymburk.cz](http://www.logopedienymburk.cz)

Jméno, příjmení a datum narození klienta: .....

.....

Jméno, příjmení a bydliště zákonného zástupce: .....

.....

- Tímto vyjadřuji souhlas s vyšetřením a terapií mého syna/mé dcery v ambulanci klinické logopedie.
- Beru na vědomí, že cílem terapie je v maximální možné míře odstranit, nebo zmírnit stupeň narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS).
- Beru na vědomí, že logopedická terapie probíhá za přítomnosti zástupce rodiny, pokud je potřebná terapie bez účasti zástupce rodiny, pak pouze s jeho souhlasem.
- Souhlasím, aby dítěti byla poskytnuta zdravotní péče i v případě nepřítomnosti zákonného zástupce. Dítě může doprovázet osoba pověřená.
- Souhlasím, aby mému dítěti (nad 15 let) byla poskytnuta klinicko-logopedická péče i v případě nepřítomnosti zákonného zástupce.
- Beru na vědomí, že efekt logopedické terapie je závislý na spolupráci klienta a/nebo rodinného zástupce/ opatrovníka s poskytovatelem zdravotních služeb, na dodržování terapeutického režimu dle pokynů poskytovatele zdravotních služeb.
- Beru na vědomí, že logopedická terapie je proces postupných kroků, nikoliv jednorázového vyšetření.
- Beru na vědomí a souhlasím s pořizováním obrazových a zvukových záznamů NKS pro potřeby reflexe vlastní práce, pro intervizi a supervizi za účelem zlepšování odborných kompetencí.
- Beru na vědomí a souhlasím s tím, že poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn využívat a vyžadovat další odborná vyšetření a informace, které mohou ovlivnit terapii NKS. Poskytovatel zdravotních služeb může konzultovat klinicko-logopedickou terapii s pracovníky zdravotnictví a školství.
- Beru na vědomí, že stanovená diagnóza může být v průběhu terapie změněna na základě další diferenciatní diagnostiky.

- Beru na vědomí, že tímto informovaným souhlasem dávám souhlas s průběžnou diferenciací diagnostikou v průběhu terapeutických sezení, a to za účelem zpřesnění diagnózy a stanovením dalšího postupu.
- Souhlasím/nesouhlasím s tím, aby zpráva o průběhu logopedické péče (např. pro potřeby vyšetření u neurologa, psychologa, v pedagogicko-psychologické poradně, atp.) byla zaslána na mou mailovou adresu. Přeji/nepřeji si takový dokument zasláný e-mailem (v podobě pdf) zaheslovat. Heslo:.....
- Beru na vědomí, že terapeut má právo odmítnout přístup, který se neslučuje s jeho odbornými znalostmi, jeho vědomím a svědomím.
- Mám právo odmítnout další diagnostiku a navrhovaná řešení na vlastní zodpovědnost. Tuto skutečnost jsem po náležitém informování poskytovatelem zdravotních služeb o možných následcích tohoto odmítnutí povinen/povinna písemně potvrdit do zdravotnické dokumentace.
- Beru na vědomí, že pokud se klient nemůže dostavit na terapii v objednaném termínu, je povinen se telefonicky, osobně nebo emailem omluvit nejpozději 24 hodin před sjednaným termínem. V případě neomluvené absence má poskytovatel zdravotních služeb právo si účtovat storno poplatek ve výši ceny smluvené návštěvy.
- Osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu klienta a mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat její kopie či výpis:

Jméno, příjmení, datum narození: .....

Jméno, příjmení, datum narození: .....

Způsob poskytování informací: písemně/ústně/telefonicky/e-mailem/sms

Heslo pro identifikaci volajícího v případě předávání informací telefonicky:

.....

Uveďte spojení (mobil, e-mail).....

Pacient i jeho zákonný zástupce byli poučeni o svém právu klást otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli. Pacient i jeho zákonný zástupce prohlašují, že podaným informacím rozumí, nemají žádné otázky ani nejasnosti a vyslovují svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony, tj. klinicko- logopedickou péčí. Současně vyslovují souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

V Nymburce dne .....

podpis a razítko poskytovatele péče

podpis klienta (zákonného zástupce)

.....

.....