

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, www.logopedienymburk.cz

jméno a příjmení klienta:

datum narození klienta:.....

- Tímto vyjadřuji souhlas s vyšetřením a terapií 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 klinicko - logopedická terapie probíhá u osob se sníženou způsobilostí k právním úkonům za přítomnosti zástupce rodiny i opatrovníka, pokud je potřebná terapie bez účasti zástupce rodiny, pak pouze s jeho písemným souhlasem, informace o terapii budou podány formou telefonické konzultace.
- 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 logopedickou terapii s pracovníky zdravotnictví.
- Beru na vědomí, že stanovená diagnóza může být v průběhu terapie změněna na základě další diferenciatní diagnostiky.
- 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 poplatků ve výši ceny smlouvené 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)

.....

.....