

Informovaný souhlas s poskytováním péče v odbornosti 903 klinická logopedie

Poskytovatel zdravotních služeb: Poučující zdravotník:

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Jméno, příjmení a bydliště zákonného zástupce:

- Tímto vyjadřuji souhlas s vyšetřením mého syna/dcery v ambulanci klinické logopedie.
- Byl jsem seznámen s pravidly a zásadami logopedické péče a uděluji v této souvislosti souhlas se zpracováním a uchováním mnou poskytnutých osobních a citlivých údajů o dítěti, rodině a materiálu z terapie po dobu vymezenou příslušnými předpisy pro archivaci dat.
- 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 písemným souhlasem. Informace o terapii budou podány formou telefonické konzultace.
- 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 logopedická péče i v případě nepřítomnosti zákonného zástupce.
- Beru na vědomí, že efekt logopedické terapie je závislý na spolupráci rodiny a dítěte s terapeutem, na dodržování terapeutického režimu dle pokynů terapeuta.
- 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 s léčebným a vyšetřovacím účelem.
- Beru na vědomí a souhlasím s tím, že terapeut je oprávněn využívat a vyžadovat další odborná vyšetření a informace, které mohou ovlivnit terapii NKS. Terapeut může konzultovat logopedickou terapii s pracovníky zdravotnictví i školství.
- Beru na vědomí, že stanovená diagnóza může být v průběhu terapie změněna na základě další diferenciální diagnostiky.
- Beru na vědomí, že terapeut má právo odmítnout přístup, který se neslučuje s jeho odbornými znalostmi, jeho vědomím a svědomím.
- Mám právo odmítnout navrhovaná řešení na vlastní zodpovědnost. Tuto skutečnost o možných následcích tohoto odmítnutí je klient povinen písemně potvrdit do zdravotnické dokumentace.
- Souhlasím s tím, že logopedické terapii může být přítomen stážista, studující obor klinické logopedie.
- Osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu klienta a mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace:

Jméno, příjmení, datum narození:

Jméno, příjmení, datum narození:

- Prohlašuji, že klient není v logopedické péči jiného logopedického pracoviště. (Péči klinického logopeda mohou pacienti čerpat v jednom období vždy pouze na jednom pracovišti.)
- 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 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. 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 Uherském Brodě dne Podpis zákonného zástupce:

Podpis zdravotníka, který informace podával: Podpis nezletilého pacienta: