

## **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 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 a materiálů 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 efekt logopedické terapie je závislý na spolupráci 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.
- 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 nejsem v logopedické péči jiného logopedického pracoviště. (Péči klinického logopeda mohou pacienti čerpat v jednom období vždy pouze na jednom pracovišti.)
- Pacient byl poučen o svém právu klást otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli. Pacient prohlašuje, že podaným informacím rozumí, nemá žádné otázky ani nejasnosti a vyslovuje svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony, tj. logopedickou péčí. Současně vyslovuje 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 pacienta: .....

Podpis zdravotníka, který informace podával: .....