

Nutriční poradna
Zdravotnické zařízení LF OU
Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Vítkovice

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM A POSKYTOVANÝMI SLUŽBAMI ZAŘÍZENÍ

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:/..... Zdr. pojišťovna:

Adresa:

Telefon: Email:

Svým podpisem prohlašuji, beru na vědomí a souhlasím:

- jsem osoba starší 18let, osoby mladší doprovází zákonný zástupce

- POSKYTNUTÉ SLUŽBY N E N A H R A Z U J Í LÉKAŘSKOU PÉČÍ

- přicházím-li na vlastní žádost bez doporučení odborného lékaře, jsem si vědom/a, souhlasím, že poskytnuté služby Nutriční poradny Lékařské fakulty Ostravské univerzity budou zvoleny na základě dobrovolného výběru pacientem dle nabídky služeb zařízení, po konzultaci a vstupní anamnéze provedené nelékařským zdravotnickým pracovníkem – nutričním terapeutem se specializací.

- přicházím-li na základě doporučení lékaře, jsem si vědom/a, souhlasím, že poskytnuté služby Nutriční poradny Lékařské fakulty Ostravské univerzity budou zvoleny na základě písemného doporučení lékaře, kde bude popsána diagnóza, farmakoterapie a doporučení k nutriční terapii. Edukace, vyšetření a nutriční terapie bude provedena nelékařským zdravotnickým pracovníkem – nutričním terapeutem se specializací.

- byl jsem předem seznámen s odměnou za poskytnuté služby dle platného ceníku zdravotnického zařízení; Zdravotnické zařízení nemá smlouvy se zdravotními pojišťovnami – byl/a jsem seznámen/a s účelem, povahou, předpokládaným prospěchem, následcích a možných rizicích poskytovaných zdravotních služeb a byl/a jsem poučen/a o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si z několika alternativ.

- byl/a jsem seznámen/a s nabízenými službami nutriční poradny, ceníkem, objednávkovým systémem a vhodnými preventivními opatřeními.

- byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě.

- nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby – s mými osobními údaji bude nakládáno dle zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů a dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

- na základě doporučení lékařem nebo svobodně zvolené služby nutriční poradny jsem obdržel informace o diagnostických metodách, které v rámci nabízených služeb podstoupím, informacím jsem porozuměl a stvrzuji, že nic nebrání, abych mohl absolvovat (zaškrtněte jen metody, které Vám byly objasněny a budou součástí nabízených služeb pro Vás):

měření tělesného složení na bioimpedančním přístroji MultiScan 5000/InBody 370S (použitý přístroj podtrhnout)

měření klidového energetického výdeje nepřímou kalorimetrií, přístrojem Quark RMR

měření tělesné výšky výškoměrem

měření tělesné hmotnosti na kalibrované váze

měření tělesných obvodů krejčovským metrem, konkrétně obvod (vypsat jednotlivě):

.....

měření tloušťky kožní řasy kaliperem, konkrétně kožní řasy na (vypsat jednotlivě):

.....

edukace o zvoleném typu diety s poskytnutím edukačního materiálu. Název diety/edukačního materiálu:

.....

zpracování individuálního rámcového jídelníčku a edukačního materiálu

jiné úkony (vypsat jednotlivě):

.....

.....

.....

- dále souhlasím s poskytnutím informací v podobě:

zdravotní a nutriční anamnézy

24hodinového recallu

záznamu stravy

frekvenčního dotazníku stravovacích zvyklostí

foto- nebo videozáznamů, konkrétně (uvést popis vč. účelu):

.....

.....

vyplnění dotazníků, konkrétně (uvést popis vč. účelu):

.....

.....

jiné úkony (vypsat jednotlivě):

.....

.....

.....

- souhlasím s ukládáním, zpracováním dat a údajů pro výzkumné účely za podmínek dodržení anonymity ve vztahu k mé osobě.

- souhlasím s přítomností praktikantů, studentů vykonávajících praxi v Nutriční poradně Lékařské fakulty Ostravské univerzity

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Datum:

Podpis pacienta: _____

Datum:

Podpis zdravotnického pracovníka – nutričního terapeuta:

Nutriční terapeut

Kontaktní údaje:

e-mail: nutricniporadna@osu.cz

telefon: + 420 731 420 288

web: <https://nutricniporadna.osu.cz/>