

Informovaný souhlas s poskytováním péče v odbornosti 903 - klinická logopedie

Poskytovatel zdravotních služeb: DIATEKOM s.r.o., Mořinka 5, 267 18

Zákonný zástupce (jméno, příjmení) trvalé bydliště:
..... prohlašuje, že byl seznámen s níže uvedenými skutečnostmi a že jim zcela porozuměl:

- Tímto vyjadřuji souhlas s vyšetřením mého syna/dcery nar. dne
v ambulanci klinické logopedie.
- Prohlašuji, že klient není v logopedické péči jiného klinického pracoviště. (Péči klinického logopeda mohou čerpat v jednom období vždy pouze na jednom pracovišti.)

Beru na vědomí, že:

- cílem terapie je v maximální možné míře odstranit nebo zmírnit stupeň narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS).
- logopedická terapie je proces postupných kroků, nikoliv jednorázového vyšetření.
- souhlasím s tím, že terapeut je oprávněn využívat a vyžadovat další odborná vyšetření a informace, které mohou ovlivnit terapii NK. Terapeut může konzultovat logopedickou terapii a poskytnout informace o zdravotním stavu klienta pracovníkům zdravotnictví, ale i pracovníkům z resortu školství, kam dítě dochází nebo je v péči.
- stanovená diagnóza může být v průběhu terapie změněna na základě další diferenciální diagnostiky.
- mám právo odmítnout navrhovaná řešení na vlastní zodpovědnost. Tuto skutečnost o možných následcích tohoto odmítnutí je klient/zákonný zástupce povinen písemně potvrdit do zdravotnické dokumentace.
- terapeut má právo odmítnout přístup, který se neslučuje s jeho odbornými znalostmi, jeho vědomím a svědomím.
- souhlasím s pořizováním a uchováváním obrazových a zvukových záznamů NKS za účelem diagnostickým, terapeutickým a vzdělávacím.
- logopedická terapie probíhá za přítomnosti zákonného zástupce klienta, pokud je potřebná terapie bez účasti zákonného zástupce, pak pouze s jeho písemným souhlasem. Souhlasím, aby dítěti byla poskytnuta zdravotní péči 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.
- efekt logopedické terapie je závislý na spolupráci rodiny a dítěte s terapeutem, na dodržování terapeutického režimu dle pokynů terapeuta. (Pokud by klient/zákonný zástupce přestal poskytovat součinnost a neřídil se pokyny logopeda, pak další poskytování péče bude přerušeno a logopedická péče ukončena. Poskytovatel zdravotních služeb nesmí provádět zbytečnou péči.)

Osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu klienta a mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace:

Jméno, příjmení, datum narození:

Jméno, příjmení, datum narození:

Klient i jeho zákonný zástupce prohlašují, že předloženým informacím rozumí, nemají další otázky ani nejasnosti a vyslovují svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami, tj. logopedickou péčí.

Dále prohlašuji, že jsem klinickému logopedovi sdělil/a všechny skutečnosti významné pro posouzení zdravotního stavu mého syna/dcery, volbu optimálního léčebného režimu (zejména zdravotní údaje). Akceptuji upozornění, že v případě nepravdivosti takových údajů klinický logoped nenese odpovědnost za tím způsobené následky.

Beru na vědomí, že mám právo vyšetření i terapii kdykoliv odmítnout.

V, dne.....

.....
podpis zákonného zástupce/klienta

.....
podpis poskytovatele péče