

**Informovaný souhlas s poskytováním péče v odbornosti 903  
klinická logopedie a souhlas s poskytováním informací**

v ambulanci klinické logopedie, Mgr. Zuzana Lebedová, Kollárova 221, Český Brod, 282 01,  
IČO: 02110377, IČZ: 28 191 001, [www.logopedieceskybrod.cz](http://www.logopedieceskybrod.cz)

Klient ...../jeho zákonný zástupce ..... prohlašuje,  
že byl seznámen s níže uvedenými skutečnostmi a že jim zcela porozuměl:

- Vyjadřuji souhlas s vyšetřením mého syna /dcery/ ..... nar. dne ....., v logopedické ambulanci.
- Beru na vědomí, že cílem terapie je v maximální možné míře odstranit nebo zmírnit stupeň narušené komunikační schopnosti, poruchu polykání či myofunkční poruchu orofaciální oblasti.
- 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, heslo pro komunikaci je.....
- Beru na vědomí a souhlasím s tím, že terapeut je oprávněn využívat a vyžadovat další odborná vyšetření a informace, které mohou ovlivnit průběh terapie.
- Beru na vědomí, že stanovená diagnóza může být v průběhu terapie změněna na základě další diferenciatní diagnostiky.
- Beru na vědomí, že tímto informovaným souhlasem dávám souhlas s průběžnou diferenciatní diagnostikou v průběhu terapeutických sezení, a to za účelem zpřesnění diagnózy a stanovením dalšího postupu.
- Beru na vědomí, že pro některá vyšetření (narativní schopnosti, vyšetření řečových neplynulostí atp.) je nezbytný audio či videozáznam. O pořizování záznamu je zákonný zástupce vždy předem informován a smí jej odmítnout. Archivace záznamu proběhne v zabezpečeném systému elektronického vedení zdravotnické dokumentace LogoPad.
- Souhlasím/nesouhlasím s tím, aby zpráva o průběhu logopedické péče (např. pro potřeby vyšetření u neurologa, psychologa, v pedagogicko-psychologické poradně, atp.) byla zaslána na mou mailovou adresu. Přeji/nepřeji si takový dokument zaslaný e-mailem (v podobě pdf) zaheslovat. Heslo:.....
- Mám právo odmítnout další diagnostiku či navrhované řešení, a to na vlastní zodpovědnost. Tuto skutečnost jsem po náležitém informování terapeutem o možných důsledcích tohoto odmítnutí povinen/a písemně potvrdit v reversu do zdravotnické dokumentace.
- Beru na vědomí, že k úspěšné ambulantní logopedické terapii je nezbytná spolupráce klienta a/nebo rodinného zástupce a že bez této spolupráce nelze logopedickou terapii poskytovat.

- Beru na vědomí, že součástí některých terapeutických metod je i využití bližšího fyzického kontaktu terapeuta s dítětem – pohlazení, objetí..., a v některých případech rovněž nutnost omezení fyzické aktivity dítěte (zastoupit cestu dítěti, sevřít ruce, nohy atp. - jedná se především o terapie u závažnějších opoždění vývoje, poruch autistického spektra, atp.).
- Beru na vědomí, že vnitřní řád ambulance je zveřejněn na webu ambulance a vyvěšen na nástěnce v čekárně.

Klient/jeho zákonný zástupce dále určuje osoby, jimž lze poskytovat informace o zdravotním stavu klienta:

.....

Rozsah, v jakém lze informace poskytovat:

Určené osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta a pořizovat její kopii či výpis: ano/ne

Určené osoby mají právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb pacientovi, pokud tak nemůže učinit sám pacient: ano/ne

Způsob poskytování informací: písemně/ústně/telefonicky/faxem/e-mailem/sms

Heslo pro identifikaci volajícího v případě předávání informací telefonicky: .....

.....

Uveďte spojení (telefon, e-mail):

V Českém Brodě dne .....

podpis a razítko poskytovatele péče

podpis klienta (zákonného zástupce)