



SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS - DOMÁCÍ HOSPICE

Příloha k „Žádosti o přijetí do domácí hospicové péče“

Jméno a příjmení pacienta: _____

RČ: _____

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně na základě svého uvážení a seznámení se s podmínkami poskytování péče. Byl/a jsem informován/a o svém zdravotním stavu a jeho prognóze. Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové paliativní péče je především kvalita života a respekt k osobní důstojnosti. Jsem si dále vědom/a toho, že budou používány léčebné postupy, jejichž cílem je úleva od nepříjemných projevů nemoci a poskytnutí maximálního pohodlí. Beru na vědomí, že nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou ani zvrátit průběh onemocnění, ani zlepšit kvalitu života.

V případě takového zhoršení zdravotního stavu, který by mi neumožňoval podílet se na rozhodování o další péči, si přeji, aby o jejím postupu rozhodoval/a:

(jméno, vztah, kontakt): _____

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu těmto blízkým osobám:

(jména, příp. kontakt): _____

- Souhlasím se zpracováním osobních údajů za účelem zajištění přijetí do odborné péče a úkonů s tím souvisejících.
- Souhlasím s nahlížením do spisu zdravotním a sociálním týmem domácího hospice.
- Souhlasím se zasláním poskytnutých informací (elektronicky, telefonicky, osobně) lékařům spolupracujícím s Domácím hospicem.

Vyplní se při přijetí pacienta do péče:

- V rámci specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta poskytuje Domácí hospic pacientovi veškeré hrazené zdravotní služby lékaře i zdravotní sestry, vč. dopravy. Zároveň poskytuje pacientovi všechny potřebné léčivé přípravky a spotřebovaný materiál hrazený z veřejného zdravotního pojištění, event. přístroje. To znamená, že Domácí hospic přebírá veškerou péči registrujícího praktického lékaře i ambulantních specialistů.

Uvědomuji si, že mám právo na nahlížení do dokumentace, právo na opravu či pozdější anonymizaci. Souhlas mohu kdykoli prokazatelným způsobem odvolat.

V _____ dne _____ V _____ dne _____

Pacient
titul, jméno a příjmení, podpis

Za Domácí hospic
titul, jméno a příjmení, funkce, razítko, podpis

Osoba, která pečuje o pacienta
titul, jméno a příjmení, podpis

Vyplněnou žádost, informovaný souhlas a další nezbytné písemnosti zašlete k rukám sociální pracovnice domácího hospice

(1) poštou na adresu; (2) osobně; (3) e-mailem (naskenované, ofocené)

Bližší informace Vám zodpoví sociální pracovnice domácího hospice.

Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., Neumannova 144, 383 01 Prácheň, IČ 70853517