**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 sv. Jakuba.

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

V dne

 podpis pečujícího podpis pacienta

**Vyplněnou žádost a informovaný souhlas zašlete k rukám sociální pracovnice domácího hospice**(1) poštou na adresu: Domácí hospic sv. Jakuba, Horní 138, 383 01 Prachatice;
(2) osobně; (3) e-mailem (naskenované, ofocené) na adresu: info@hospicjakub.cz.

*Bližší informace Vám zodpoví sociální pracovnice hospice na tel. 732 182 466.*