



SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS

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 sv. Jakuba.

Vyplní se při přijetí pacienta do péče:

- V rámci specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta poskytuje Domácí hospic sv. Jakuba 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 sv. Jakuba 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 sv. Jakuba
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 na tel. 732 182 466.

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

Domáci hospic sv. Jakuba, Horní 138, 383 01 Prachatice, tel.: 732 182 466, info@hospicjakub.cz, www.hospicjakub.cz, č. ú.: 171 157 619 / 0600 (VS 404), sbírkový účet: 206 347 368 / 0600