



## 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 Domáci 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 Domáci 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 Domáci 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**