



Informovaný souhlas pacienta, popř. jeho rodinných příslušníků, s poskytováním specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta

Poskytovatel domácí specializované paliativní péče

IČZ: 64 336 000, IČP 64 336 002

Název IČZ: Oblastní charita Červený Kostelec – Mobilní hospic Anežky České (dále jen Poskytovatel)

Poskytovatel od (den, měsíc, rok) poskytuje

pacientovi (jméno, příjmení), (rodné číslo) specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta dle jeho individuálních potřeb s dostupností 24 hodin denně.

V rámci této péče poskytuje Poskytovatel pacientovi veškeré hrazené zdravotní služby lékaře i zdravotní sestry, vč. dopravy a zároveň poskytuje pacientovi všechny potřebné léčivé přípravky a spotřebovaný materiál hrazený z veřejného zdravotního pojištění, event. přístroje, což znamená, že Poskytovatel přebírá veškerou péči registrujícího praktického lékaře i ambulantních specialistů.

Byl/a jsem lékařem informován/a o svém zdravotním stavu a nezvratné prognóze mého onemocnění

..... a souhlasím s tím, aby péče mi poskytovaná byla zaměřena na zmírnění průvodních příznaků mé nemoci. Jsem si vědom/a toho, že Mobilní hospic Anežky České poskytuje paliativní péči, jejíž cílem je udržet co největší kvalitu mého života v mezích, které jsou dány povahou a pokročilým stádiem mé nevléčitelné nemoci. V rámci paliativní péče mi v případě selhání životních funkcí nebude poskytováno ožívování.

Osobou, která bude informována o mém zdravotním stavu, bude moci nahlížet do zdravotnické dokumentace a bude moci vyslovit souhlas či nesouhlas v případě mé poruchy vědomí, určuji:

.....
(jméno, příjmení, datum narození, kontakt)

Nesouhlasím, aby některá moje osoba blízká ★
(jméno, příjmení, datum nar.) byla informována o mém zdravotním stavu, mohla nahlížet do zdravotnické dokumentace a získávat z ní kopie.

Souhlasím s tím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup i nezdravotničtí pracovníci multidisciplinárního týmu Mobilního hospice Anežky České.

★ Osobou blízkou se rozumí:

- příbuzný v řadě přímé (syn, dcera, otec, matka),
- sourozenec a manžel nebo partner

Souhlasím ☐ nesouhlasím ☐ , aby se na poskytování péče podílely také osoby, které provádějí v hospici stáž (odbornou praxi) a byly s nimi sdíleny informace o mém zdravotním stavu.

Tento informovaný souhlas sepisuji poté, co jsem měl/a možnost si vše řádně svobodně zvážit a mohl/a se na vše, pro mě potřebné, lékaře Mobilního hospice Anežky České zeptat.

V dne.....

Podpis pacienta, příp. pacientova zástupce:

Podpis svědka (osoba, která o pacienta pečuje):

Podpis lékaře, který poskytl informace:

V případě, že se pacient není schopen podepsat, ale je schopen vyjádřit svou vůli:

V dne.....

Co pacientovi brání k podpisu:

Jak projevil souhlas:

Podpis zdravotnického pracovníka:

Podpis svědka: