



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S POSKYTOVÁNÍM DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Titul, jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Souhlasím s podmínkami pro přijetí do péče Domácího hospice 14 pomocníků, z.ú., se kterými jsem byl/a seznámen/a a které jsou součástí mé zdravotnické dokumentace. Výslovně souhlasím s požitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace Domácího hospice 14 pomocníků, z.ú.

Byl/a jsem informován/a o svém zdravotním stavu a nezvratné prognóze mého onemocnění a souhlasím s tím, aby péče mi poskytovaná byla zaměřena především na zmírnění průvodních příznaků mé nemoci. Jsem si vědom/a toho, že mi Domácí hospic 14 pomocníků, z.ú. poskytne paliativní péči, jejímž cílem je udržet co nejlepší možnou kvalitu mého života v mezích, které jsou dány povahou a pokročilým stadiem mé nevléčitelné nemoci. Byl/a jsem informován/a o tom, že hlavní úsilí této péče spočívá v tom, že člověk nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a že nezůstane osamocen.

Pro případ, že v budoucnu nebudu schopen vyslovit svůj souhlas či nesouhlas s další léčbou, uděluji nyní souhlas s těmi léčebnými postupy, které mi uleví od nepříjemných projevů nemoci a poskytnou maximální možné pohodlí, a nesouhlas s postupy zaměřenými na obnovu nebo náhradu selhávajících tělesných orgánů nebo systému. O důsledcích tohoto svého dříve vysloveného přání, tj. že léčba nebude primárně směřovat k prodloužení mého života za každou cenu, jsem byl/a poučen/a.

Souhlasím s tím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup i nezdravotničtí pracovníci týmu Domácího hospice 14 pomocníků, z.ú.

Tento informovaný souhlas sepisují poté, co jsem měl/a možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět, a na všechny své dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Tento souhlas mohu kdykoli odvolat a poskytování domácí hospicové péče ukončit.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis zdravotní sestry:

DOMÁCÍ HOSPIC 14 POMOCNÍKŮ, Z.Ú.

KONTAKTNÍ MÍSTO:

AREÁL NEMOCNICE SEMILY – BÍLÝ PAVILON

3.KVĚTNA 421, SEMILY



774 617 803

HOSPIC@HOSPIC-SEMILY.CZ

WWW.HOSPIC-SEMILY.CZ

č.ú. 200 180 39 98/2010