



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.

Poskytovatel zajišťuje nepřetržitou a časově přiměřenou dostupnost návštěvní služby všeobecné sestry a lékaře. Dojezd zdravotníků je realizován do 60 minut kromě výjimečných případů (daných klimatickými podmínkami, nepředvídatelnou dopravní situací apod.). Poskytovatel zajišťuje nejen osobní návštěvy pacienta, ale také využívá denně distanční (telefonickou nebo videokonferenční) komunikaci s pacientem nebo pečující osobou.

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.

★ Osobou blízkou se rozumí:

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

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

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 sepsuji 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: