

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

Poskytovatel domácí specializované paliativní péče : MEDICA TŘINEC, IČP 86 021 001 (dále jen
Poskytovatel)

od (den, měsíc, rok) poskytuje
..... (jméno, příjmení, rodne 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 především na zmírnění průvodních
příznaků mé nemoci. Jsem si vědom/a toho, že mi Mobilní specializovaná hospicová péče MEDICA
Třinec 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.

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 Domácí hospicové péče MEDICA Třinec.

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 zeptat.

V dne.....

Podpis pacienta/pacientky:

Podpis svědka (osoba pečující o pacienta):

Podpis lékaře, který poskytl informace:

Pokud pacient nesepsal tento informovaný souhlas, nevyslovil dříve vyslovené přání, nemá soudem
ustanoveného opatrovníka či není-li jiné osoby, která by mohla poskytnout s péčí souhlas, a pacient je přijatý do
péče Mobilní specializované paliativní péče MEDICA Třinec ve stavu, který mu již neumožňuje vyslovit
souhlas nebo nesouhlas s další péčí, budou diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy prováděny v
pacientově nejlepším zájmu s cílem zmírnit všechny formy dyskomfortu v závěru jeho života.