



Schváleno (vyplňuje  
hospic):  
**ANO NE**  
Datum:.....  
Lékař:.....

## Žádost o přijetí do Hospice svatého Lazara v Plzni

**lůžková / domácí hospicová péče**  
(nehodící se škrtněte)

**Jméno a příjmení pacienta:**

**Rodné číslo:**

**Rodné příjmení:**

**Adresa:**

**Pojišťovna:**

**Rodinný stav:**

**Příspěvek na péči:** Ano / Ne (nehodící se škrtněte) **Zaměstnání:**

**Nejbližší kontaktní osoba, na kterou se můžeme obracet:**

Jméno a příjmení:

Vztah:

Adresa:

Telefon:

Email:

**Kontakt na praktického lékaře:**

Jméno a adresa lékaře:

**Kontakt na pracoviště (nemocnici), kde je pacient aktuálně hospitalizován / u koho je v péči:**

Název nemocnice, event. jméno lékaře:

Telefon:

Email:

**Souhrn, diagnózy, současný stav:**

**Aktuální léky (včetně potřeby oxygenoterapie apod.):**

**Dieta:**

**Žádost vyplnil:**

**Vztah k pacientovi:**

**Telefon:**

**Místo a datum:**

**Doplňující informace:**

Žádost prosíme odeslat vyplněnou na e-mail: [zadost@hsl.cz](mailto:zadost@hsl.cz)

v případě potřeby možná konzultace: recepce – 377431381, soc. úsek – 377249648, lékaři – 377431384

## Svobodný a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací

Já, níže podepsaný/á

**Jméno a příjmení**

**RČ:**

Svým podpisem zde dokládám, že jsem byl/a v rozhovoru s lékařem dostatečně informován a srozumitelně seznámen se svým zdravotním stavem, diagnózou a event. prognózou.

DG: (vypíše lékař) .....

**Byl/a jsem informován/a o tom:**

1. Jakou formu zdravotních, pečovatelských a jiných služeb hospic poskytuje.
2. Že smyslem péče v hospici není život udržet za každou cenu co nejdéle, ale hlavní úsilí je kladeno na zlepšení kvality života.
3. Že můj život zde nebude uměle prodlužován napojením na přístroje ani jinými postupy.
4. Že lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných i diagnostických postupů a zákroků, které kvalitu života zlepšit nemohou, a naopak ordinuje vše, co kvalitu života zlepšit může.
5. Že v případě stabilizace nebo zlepšení stavu mohu být propuštěn(a) zpět do domácí/ambulantní péče.

Souhlasím s tím, aby poskytovatel péče podle shora uvedené smlouvy využíval mé osobní údaje pro svou vnitřní potřebu, pro potřeby vyžadované platnou legislativou, nebo požadavky orgánů veřejné správy v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a nařízením evropského parlamentu (GDPR) č. 679/2016. Poskytovatel služby Hospic svatého Lazara deklaruje, že s osobními a citlivými údaji nakládá v souladu se zákonem 679/2016. Údaje budou upotřebeny v sociální a zdravotní dokumentaci, a to v listinné i elektronické podobě.

**Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Tento můj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v hospici mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu.**

V ..... dne.....

Podpis pacienta: .....

Lékař: .....