

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: