

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

Poskytovatel domácí specializované paliativní péče

IČZ: 89 804 000 (pro Revírní bratrskou pokladnu IČZ 89 100 700)

Název IČZ: Charita Olomouc – Hospicová péče Caritas v Olomouckém kraji

(dále jen Poskytovatel)

Poskytovatel poskytuje pacientovi , rodné číslo:

specializovanou paliativní péči od: (uvést den, měsíc, rok)

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.

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu těmto blízkým osobám:

(jména, příp. kontakt).....

Tento informovaný souhlas sepisuji poté, co jsem měl/a možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře Hospicové péče Caritas 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.

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

.....
razítko a podpis

.....
Za Poskytovatele
titul, jméno a příjmení
funkce

.....
Pacient
titul, jméno příjmení

.....
Osoba, která pečuje o pacienta
titul, jméno a příjmení