



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

Poskytovatel domácí specializované paliativní péče IČZ: 79389000

Název IČZ: Diecézní charita Brno, se sídlem třída Kpt. Jaroše 9, 602 00 Brno

Oblastní charita Třebíč – Domácí hospic sv. Zdislavy Třebíč, IČ: 44990260, adresa: Generála Sochora 705, 674 01 Třebíč, zastoupená Mgr. Evou Vráblovou, vedoucí Domácího hospice sv. Zdislavy Oblastní charity Třebíč, na základě pověření (dále jen „poskytovatel“)

Poskytovatel od .....(uvést den, měsíc, rok) poskytuje

pacientovi .....

rodné 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.

Prohlašuji, že jsem byl srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu. Jsem srozuměn s tím, že péče, která mi bude poskytována, bude zaměřena především na zmírnění průvodních příznaků mého nevléčitelného onemocnění s cílem udržet co nejlepší možnou kvalitu mého života v mezích, které jsou dány povahou a pokročilým stádiem tohoto onemocnění.

Beru na vědomí, že o další léčebné a ošetrovatelské péči indikované v průběhu poskytování mobilní multidisciplinární paliativní péče budu průběžně informován/a a bude mi umožněno vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím těchto zdravotních služeb. Byl/a jsem poučen/a o možnosti určit osobu, která bude oprávněna udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb v situaci, kdy již nebudu vyjádření svého názoru schopen/schopna.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno klást doplňující otázky, že mé otázky byly poskytovatelem srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že jsem byl poučen o možnosti vzdát se informace o svém zdravotním stavu a navrhovaném léčebném postupu.

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

.....

Za Poskytovatele (razítko a podpis)  
titul, jméno a příjmení  
funkce

.....

Zplnomocněnec  
titul, jméno a příjmení

Pozn. Součástí informovaného souhlasu je i Souhlas s poskytováním informací, nahlížením do zdravotnické dokumentace, pořízením kopie zdravotnické dokumentace a Plná moc.