



Příjmení, jméno:

Datum narození:

Souhlasím s paliativní péčí a s podmínkami pro přijetí do péče Domácího hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech, se kterými jsem byl/a seznámen/a a byly mi v písemné formě předány.

Jsem si vědom/a, že péče poskytovaná paliativním týmem bude zaměřena především na zmírnění průvodních příznaků mé nemoci a úlevu od nepříjemných projevů nemoci.

Jsem seznámen/a s tím, že cílem péče paliativního týmu je udržet co nejlepší možnou kvalitu mého života v mezích, které jsou dány povahou a stadiem mé nemoci. Pracovníci Domácího hospice jsou zavázáni za všech okolností respektovat moji lidskou důstojnost.

V případě takového zhoršení mého zdravotního stavu, které by mi neumožnilo podílet se na rozhodování o další péči si přeji, aby mě v důležitých otázkách o rozsahu a intenzitě péče zastupoval/a....., který/á je seznámen/á s tímto Informovaným souhlasem s paliativní péčí.

Souhlasím s tím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup i nezdravotničtí pracovníci multidisciplinárního týmu Domácího hospice.

V.....  
Dne.....

Seznámil/a: ..... Pacientk/ka:.....

Pokud souhlas získat nelze (pacient není schopen vyjádřit svou vůli a nemá soudem určeného opatrovníka nebo není pro aktuální zdravotní stav schopen porozumět obsahu informovaného souhlasu a vyjádřit se k němu), budou diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy prováděny v pacientově nejlepším zájmu s cílem zmírnit všechny formy dyskomfortu v závěru jeho života.

V.....  
Dne.....

Seznámil/a: ..... Pečující osoba: .....

