Informovaný souhlas pacienta

Já, níže podepsaný/á

jméno a příjmení………………………………………………………………………………...

narozen/a………………………………….. bytem…………………………………………….

souhlasím, že jsem byl/a v rozhovoru s lékařem dostatečně a srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem a s diagnózou.

Diagnóza: *( vypíše lékař)*

Byl/a jsem informován/a o tom, jakou formu zdravotních, pečovatelských a jiných služeb hospic poskytuje. Byl/a jsem informován/a o tom, že smyslem péče v hospici není život udržet za každou cenu co nejdéle, nýbrž že hlavní úsilí je vedeno ke zlepšení kvality života. Byl/a jsem informován/a o tom, že můj život nebude v hospici uměle prodlužován napojením na přístroje ani jinými postupy. Byl/a jsem informován/a o tom, že lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných i diagnostických zákroků a postupů, které kvalitu života zlepšit nemohou, a naopak ordinuje vše, co kvalitu života zlepšit může.

Bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a zeptat se na vše, co považuji za podstatné. S pobytem a vysvětlenými paliativními (obtíže mírnícími) léčebnými postupy v hospici souhlasím. Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v hospici mohu kdykoliv ukončit.

Souhlasím s tím, že budu informován v případě, že se vyskytnou nové skutečnosti významné pro můj pobyt v hospici.

**O mém zdravotním stavu informujte:**

Jméno a příjmení: ………………………………………… Telefon: ………………………..

Adresa: …………………………..…………………………………………………………………………

Jméno a příjmení: ………………………………………… Telefon: …………………………

Adresa: …………………………..…………………………………………………………………………

V …….………………………………………….. Datum: ……………......................

Lékař: ............................................................. Podpis: ....................................

Pacient: .......................................................... Podpis: ......................................

**Poznámka**:

V případě, že pacient není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu způsobilý připojit svůj podpis, bude akceptován zástupný podpis nejbližší osoby pacienta uvedené v žádosti.