Cesta domů
Ambulance paliativní a podpůrné péče | Odbornost 720 | IČP 03391001 | IČZ 03391000
Domácí hospic – mobilní specializovaná paliativní péče | Odbornost 926 | IČP 03368001 | IČZ 03368000
Lůžkový hospic | Odbornost 9U9 | IČP 04961001 | IČZ 04961000
Primářka: MUDr. Katarína Vlčková | Heleny Kočvarové 1583/1, 140 00 Praha 4 | IČO 26528843
tel.: 227 023 208, 778 786 720 | www.cestadomu.cz | ambulance@cestadomu.cz

Informovaný souhlas s péčí hospice Cesta domů a poskytnutím zdravotních služeb

Jméno pacienta:

Datum narození:

Souhlasím s podmínkami pro přijetí do péče hospice Cesta domů, se kterými jsem byl/a seznámen/a a jsou dostupné na webových stránkách www.cestadomu.cz .

Byl/a jsem lékařem informován/a o svém zdravotním stavu:

.....

(pokud si nemocný informace nepřeje nebo není schopen je vyslechnout, budou předány níže uvedenému zástupci)

1. Souhlasím s tím, aby péče poskytovaná týmem hospice Cesta domů byla zaměřena především na zmírnění příznaků a komplikací, které mi mé onemocnění způsobuje, nebo v budoucnu způsobí. Přeji si péči zaměřenou na zajištění komfortu a co nejvyšší možné kvality života s ohledem na pokročilost mého onemocnění.
Souhlasím s tím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup i nezdravotničtí pracovníci multidisciplinárního týmu hospice Cesta domů.
2. Pro případ, že v budoucnu nebudu schopen/na vyslovit svůj souhlas či nesouhlas s další léčbou, uděluji nyní souhlas s takovými léčebnými postupy, které mi uleví od nepříjemných projevů nemoci a poskytnou maximální možné pohodlí.
Pro případ náhlého zhoršení zdravotního stavu, zástavy oběhu nebo dechu, a to bez ohledu na jejich příčinu a včetně náhlých příhod, si nepřeji zahájení kardiopulmonální resuscitace, přivolání zdravotnické záchranné služby ani převoz do nemocnice nebo další úkony za účelem prodloužení života. O důsledcích tohoto svého dříve vysloveného přání, tj. že léčba nebude primárně směřovat k prodloužení mého života za každou cenu, jsem byl/a poučen/a lékařem.
3. V případě takového zhoršení mého zdravotního stavu, které by mi neumožnilo podílet se na rozhodování o další péči, si přeji, aby mě s respektem k mému dříve vyslovenému přání uvedenému výše v důležitých otázkách o rozsahu a intenzitě péče zastupoval/a

.....

Byl/a jsem seznámen/a s ceníkem služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění v průběhu poskytování péče, který je k dispozici také na webových stránkách poskytovatele: www.cestadomu.cz

Při přijetí do lůžkové péče jsem byl/a seznámen/a s Vnitřním řádem oddělení lůžkového hospice.

Tento Informovaný souhlas podepisuji poté, co jsem měl/a možnost se lékaře hospice Cesta domů zeptat na všechny pro mě podstatné informace. Na všechny své dotazy jsem dostal/a srozumitelnou odpověď, měl/a jsem dostatek prostoru své výše uvedené souhlasy zvážit.

V Praze, dne:

Podpis pacienta, příp. pacientova zástupce:

Podpis svědka:

Podpis lékaře, který poskytl informace:

Pokud pacient nesepsal tento Informovaný souhlas, nevyslovil dříve vyslovené přání, nemá soudem ustanoveného opatrovníka či není-li jiné osoby, která by mohla poskytnout s péčí souhlas, a pacient je přijat do péče hospice Cesta domů ve stavu, který mu již neumožňuje vyslovit souhlas nebo nesouhlas s další péčí, budou diagnostické, léčebné a ošetřovatelské postupy prováděny v pacientově nejlepším zájmu s cílem zmírnit všechny formy diskomfortu v závěru jeho života.