

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

rozhodla/rozhodl jste se přijmout služby mobilního hospice, v režimu domácí hospitalizace. Její součástí je i Váš svobodný Informovaný souhlas s dalším postupem zdravotní péče.

Vstupujete tak do pilotního programu péče Všeobecné zdravotní pojišťovny, Ministerstva zdravotnictví ČR a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, jehož cílem je ověřit tento model trvale dostupné zdravotně-sociální péče v České republice. Více informací najdete na www.paliativnimedicina.cz, případně se nás neváhejte zeptat.

Jméno a příjmení pacienta

Rodné číslo

Péče bude poskytována na adrese

1. Informace o zdravotním stavu:

Prohlašuji, že jsem byl/a svým lékařem informován/a o svém zdravotním stavu, že mi byly poskytnuty dostatečné informace o povaze a stadiu mého onemocnění a možných alternativách dalšího léčebného postupu a souhlasím se zajištěním domácí hospitalizace týmem mobilní specializované paliativní péče. Tým mobilního hospice bude zajišťovat veškerou potřebnou zdravotní - lékařskou a ošetrovatelskou - péči s nepřetržitou dostupností 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Byl/a jsem poučen/a a souhlasím, že veškerou potřebnou péči mi bude poskytovat a zajišťovat výhradně tým mobilního hospice a že se v případě nenadálého zhoršení mého stavu budu obracet já nebo pečující osoba na ošetřující tým mobilní specializované paliativní péče na pohotovostním čísle:

.....

2. Informace o organizaci péče:

Ošetřujícímu týmu mobilní specializované paliativní péče předám před zahájením péče kontakty na mé aktuální ošetřující lékaře z důvodu zajištění kontinuity péče. Souhlasím, že mi péče charakteru domácí hospitalizace, vedená týmem mobilní specializované paliativní péče, bude poskytována jen za předpokladu, že celodenní péči mi zajistí minimálně jedna dospělá osoba z okruhu mých blízkých nebo profesionální sociální služby.

3. Poskytování informací dalším osobám:

Informace o mém zdravotním stavu mohou být poskytnuty těmto osobám, které mohou zároveň nahlížet do mé zdravotní dokumentace

.....

.....

.....

.....

4. Informace o dokumentaci a zpracování dat:

Souhlasím, že do mé zdravotnické dokumentace mohou nahlížet i nezdravotničtí pracovníci multidisciplinárního týmu (sociální pracovník, psycholog, spirituální pracovník atd).

Dále souhlasím se zpracováním dat o čerpání zdravotní péče Ústavem zdravotnických informací a statistiky v rozsahu pilotního programu, včetně 5 měsíců předcházejících zařazení do pilotního programu. S údaji bude zacházeno v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů zákon č. 101/2000 Sb., ve znění účinném od 1. ledna 2015.

Pokud pacient není schopen s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s péčí, nevyslovil dříve vyslovené přání o rozsahu zdravotní péče, nemá soudem ustanoveného opatrovníka či není-li jiné oprávněné osoby, která by mohla poskytnout s péčí souhlas, a pacient je přijatý do péče domácího hospice, budou diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy prováděny v pacientově nejlepším zájmu s cílem zmírnit všechny nepříjemné projevy nemoci a ochránit důstojnost pacienta v závěru jeho života dle indikace ošetřujícího lékaře.

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

.....
Podpis pacienta/pacientky

.....
Podpis ošetřujícího lékaře

.....
Podpis svědka