

Meno a priezvisko pacienta:	
Rodné číslo:	Zdravotná poisťovňa:
Dátum narodenia:	Miesto narodenia:
Rodinný stav:	Rodné priezvisko:
Adresa trvalého bydliska:	
Dosiahnuté vzdelanie:	
Zamestnanie (hlavné alebo posledné vykonávané):	
Kontaktná osoba č. 1: (príbuzná osoba alebo iná, ktorú si určí pacient a súhlasí s jej informovaním o jeho zdravotnom stave)	
Meno a priezvisko:	Vzťah:
Adresa:	
Telefonický kontakt:	e-mail:
Kontaktná osoba č. 2: (príbuzná osoba alebo iná, ktorú si určí pacient a súhlasí s jej informovaním o jeho zdravotnom stave)	
Meno a priezvisko:	Vzťah:
Adresa:	
Telefonický kontakt:	e-mail:
Chcem byť telefonicky informovaný okamžite pri závažnom zhoršení zdravotného stavu pacienta?	☐ áno, počas dňa ☐ áno, počas dňa aj noci ☐ nie
Meno a adresa praktického lekára	
	Telefón: e-mail:
V prípade nutnosti si želáte zavolať pohrebnú službu	
	Tel. kontakt:
V prípade neuvedenia pohrebnej služby postupujeme v zmysle Zákona o pohrebníctve č. 131/2010	

Vyhlasenie žiadateľa
Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol(a) podľa skutočnosti. Som si vedomý(á) toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody. Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v hospici. Hospic sv. Františka z Assisi si vyhradzuje právo pri prijatí a hospitalizácii pacienta zdokumentovať rany a dekubity, ktoré budú súčasťou lekárskej dokumentácie pacienta v zmysle čl. 6 od. 1 písm. f) Nariadenia - oprávnený záujem prevádzkovateľa. Svojím podpisom potvrdzujem, že som sa riadne oboznámil(a) s informáciami k spracúvaniu mojich osobných údajov Prevádzkovateľom - Hospic sv. Františka z Assisi, Palárikovo v zmysle článku 13 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov v súlade s § 19 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov, ktoré sú k dispozícii u hlavnej sestry. Zároveň podpisom dávam súhlas s poskytovaním špecializovaného sociálneho poradenstva a so spracovaním mojich osobných údajov na tieto účely. Dňa: Vlastnoručný podpis žiadateľa (pacienta, príp. zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

Adresa: Hospic sv. Františka z Assisi Mobilný hospic Slovenská 11, 94111, Palárikovo	Telefón: 0911 105 917	E-mail: hospicpalarikovo@gmail.com
		Web: www.hospic.eu

POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

Meno a priezvisko pacienta:	Rodné číslo:
V hospici Sv. Františka z Assisi (ďalej len "hospic") sa poskytuje špecializovaná zdravotná starostlivosť osobám s nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou. Cieľom a účelom zdravotnej starostlivosti je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta, to znamená: zmiernenie utrpenia, poskytnutie úľavy od bolestí a iných závažných symptómov ochorenia. Cieľom starostlivosti nie je násilné predlžovanie života, ani jeho predčasné ukončenie, ale účinná pomoc pacientom, u ktorých vyliečenie nie je možné. Svojím podpisom vyhlasujem, že som sa ako pacient (zákonný zástupca) rohodol(a) pre služby špecializovanej paliatívnej zdravotnej starostlivosti v hospici slobodne, po zrelom uvážení a riadnom poučení. Som si vedomý(á) toho, že cieľom starostlivosti nie je predlžovanie života, ale úsilie o udržanie kvality života a že nebudú aplikované liečebné zákroky a postupy, ktoré nemôžu kvalitu života zlepšiť, alebo ktoré by mohli život priamo i nepriamo ukončiť. Bol(a) som poučený(á) o účele, povahe následkoch a rizikách poskytnutia, resp. odmietnutie zdravotnej starostlivosti. V prípade nesúhlasu, alebo nerešpektovaní navrhovaných liečebných a ošetrovateľských postupov z mojej strany alebo zo strany zákonného zástupcu (poprípade kontaktných osôb), môže byť zo strany hospicu predčasne ukončená hospitalizácia. Bol(a) som oboznámený(á) a súhlasím s víziou a poslaním hospicu a ich napĺňaním pri poskytovaní hospicovej starostlivosti. Súhlasím, aby s informáciami o mojom zdravotnom stave boli oboznámené kontaktné osoby uvedené v Žiadosti o prijatie.	
Dátum:	Podpis:

Kompletne vyplnené tlačivá: Žiadosť o prijatie pacienta a Poučenie a informovaný súhlas **priniesol/priniesla:**

Dňa: Meno a priezvisko:,
ktorý(á) čestne prehlasuje a svojim podpisom potvrdzuje, že údaje a podpisy v týchto tlačivách sú pravdivé a berie na seba všetky právne dôsledky, ktoré by vznikli zo spochybnenia uvedených skutočností. Zároveň svojím podpisom dávam súhlas s poskytovaním špecializovaného sociálneho poradenstva a so spracovaním mojich osobných údajov na tieto účely.

.....
podpis osoby prinášajúcej kompletne vypísané tlačivá

Kontaktná osoba vyššie uvedeného pacienta svojim podpisom **potvrdzuje**, že bola poučená o tom, že ak sa podľa posúdenia lekára hospicu **zdravotný stav pacienta stabilizuje**, príp. skončí úhrada za pacienta zo strany zdravotnej poisťovne, bude **pacient z hospicu prepustený** a kontaktná osoba od tohto dňa **zabezpečí prevzatie pacienta do domáceho prostredia alebo jeho umiestnenie do iného vhodného zariadenia**.

.....
podpis kontaktnej osoby

Pacient nie je schopný prijať resp. odmietnuť poučenie a dať informovaný súhlas. V súlade s ustanovením § 6, ods. 9, písmeno a Z.z. 576/2004 informovaný súhlas zákon nevyžaduje a súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti možno predpokladať.

.....
lekár hospicu

.....
svedok