

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 a bude poskytovať 24 hodín denne opatrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí)		
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 a bude poskytovať 24 hodín denne opatrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí)		
Meno a priezvisko:	Vzťah:	
Adresa:		
Telefonický kontakt:	e-mail:	
Meno a adresa praktického lekára		
	Telefón:	e-mail:

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 interné predpisy platné v hospici.

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.

Hospic prijíma pacientov bez ohľadu na náboženské vyznanie, národnosť a sociálne postavenie.

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) rozhodol(a) pre služby špecializovanej paliatívnej zdravotnej starostlivosti v mobilnom 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 mobilného hospicu predčasne ukončená starostlivosť. Bol(a) som oboznámený(á) a súhlasím s víziou a poslaním mobilného 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(a)

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.

.....
podpis osoby prinášajúcej vypísané tlačivá

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