

Domácí hospic sv.Mikuláše, z.ú.

U Tržiště 2191/3

Velké Meziříčí 59401

IČ : 09481109

mob. 607 553 469

[www.hospicsvmikulase.cz](http://www.hospicsvmikulase.cz)

hospicsvmikulase@seznam.cz

 **Informovaný souhlas pacienta s domácí hospicovou péčí**

Já, níže podepsaný/á/

…………………….…...........................................................................................................

( jméno a příjmení, rod.číslo )

….............................................................................................................................................

bytem

Byl/a/ jsem informován/a/ o tom, jakou formu zdravotních, pečovatelských a jiných služeb domácí hospicová péče poskytuje. Byl/a/ jsem informován/a/ o tom, že hlavní úsilí této péče spočívá v tom, že člověk nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a že nezůstane osamocen.

Bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a zeptat se na vše, co považuji za podstatné.

S poskytováním služeb domácí hospicové péče souhlasím.Výslovně souhlasím s použitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace Domácího hospice sv.Mikuláše.

Tento souhlas mohu kdykoliv odvolat a poskytování domácí hospicové péče ukončit.

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

Sestra............................................ Podpis............................................

 Pacient.......................................... Podpis............................................



Domácí hospic sv.Mikuláše, z.ú.

U Tržiště 2191/3

Velké Meziříčí 59401

IČ : 09481109

mob. 607 553 469

[www.hospicsvmikulase.cz](http://www.hospicsvmikulase.cz)

hospicsvmikulase@seznam.cz

 **Nesouhlas pacienta**

Další poskytování domácí hospicové péče odmítám a ukončuji.

V..................................................... Datum...........................................

Pacient............................................ Podpis...........................................

 Sestra.............................................. Podpis...........................................