



Domáci hospic Srdcem, z.ú.

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S DOMÁCÍ HOSPICOVOU PÉČÍ

Jméno a příjmení pacienta: .....

Rodné číslo: .....

Adresa bydliště: .....

Byl/a jsem informován/a o tom, jakou formou zdravotních, pečovatelských a jiných služeb domácí hospicové 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 považuje za podstatné.

S poskytováním služeb domácího hospicové péče souhlasím. Výslovně souhlasím s použitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace Domáciho hospice Srdcem, z.ú.

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

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

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

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



**Domáci hospic Srdcem, z.ú.**

## **NESOUHLAS PACIENTA**

Další poskytování domácí hospicové péče odmítám a ukončuji.

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

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

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