



# SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

příloha k Žádosti o přijetí do Domácí hospicové péče  
Oblastní charity Pardubice

Jméno a příjmení pacienta: .....

RČ: .....

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro Domácí hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že péče poskytovaná týmem Domácí hospicové péče bude hlavně zaměřena na zmírnění příznaků mé nemoci za účelem dosažení nejlepší možné kvality života. Jsem si vědom/a, že moje aktivní léčba byla ukončena a dále mi bude poskytována pouze paliativní terapie (léčba bolesti a dalších průvodních příznaků onemocnění). V případě zhoršení mého zdravotního stavu, které by mi neumožňovalo rozhodování o další péči, si přeji, aby tuto odpovědnost na sebe vzal/a:

.....,  
který/á je obeznámen/a s tímto informovaným souhlasem.

Souhlasím s tím, aby zařízení Domácí hospicové péče využívalo mé osobní údaje pro zajištění péče o mou osobu v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. A zároveň jsem byl/a poučen/a, že mohu nahlížet do svého osobního spisu.

Datum a místo: .....

Podpis pacienta: .....

Podpis svědka:.....

Já.....

Kontaktní telefon.....

Souhlasím, že v případě zhoršení zdravotního stavu pana/paní

.....,

kteřé by mu/jí neumožňovalo rozhodování o další péči, přijímám tuto odpověd-  
nost na sebe.

Souhlasím s tím, aby zařízení Domáci hospicové péče využívalo mé osobní údaje  
v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozd-  
nějších předpisů.

Datum a místo: .....

Podpis: .....