PŘEDBĚŽNÁ PROHLÁŠENÍ

A INFORMACE O PÉČI V HOSPICI PŘED PŘIJETÍM

určeno pacientovi/opatrovníkovi/osobě blízké

**Jméno pacienta:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Rodné číslo:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A. Prohlášení lékaře**

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (opatrovníkovi/osobě blízké) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika hospitalizace v hospici a principy hospicové paliativní péče a jejího poskytování.

Jméno lékaře:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

den, měsíc, rok …………………………………………………… Podpis: ……………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B. Prohlášení vyšetřované osoby**

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto plné vysvětlení a seznámení s účelem, povahou, předpokládaným prospěchem i možnými riziky hospitalizace v hospici; byl/a jsem plně a srozumitelně informován/a o principech paliativní/útěšné péče a jejího poskytování. Na podkladě získaných informací jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové péče je odstranit či alespoň zmírnit mé obtíže. Dále jsem si vědom/a, že hospic pečuje o co nejlepší kvalitu mého života s tím, že dobu života často prodloužit nelze.

Zvážil jsem vše řádně, v klidu a v dostatečném časovém prostoru. Lékař mi nabídl možnost zeptat se na cokoliv ve výše uvedeném smyslu.

**den, měsíc, rok ……………………………………………… Podpis: ..………………………………………………**

**V případě, že pacient není schopen podpisu**, potvrzují níže lékař a svědek, že pacientovi bylo vše ve výše uvedeném smyslu vysvětleno a že pacient projevil svůj souhlas slovy či jiným způsobem nevzbuzujícím pochybnosti.

den, měsíc, rok …………………………………………………… čas (hodina, minuty): ……………………………………………………

……………………………………………………………………………

**jméno lékaře** čitelně + podpis

 …………………………………………………………………………………………………

 **jméno svědka** projevu pacienta čitelně – zdrav. sestry + podpis

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C. Prohlášení o osobních údajích pacienta**

Výslovně ***Souhlasím / Nesouhlasím*** s použitím svých

osobních zdravotních a citlivých údajů pro potřeby péče o mou osobu v Hospici Štrasburk.

Jsem si vědom, že udělený souhlas mohu kdykoliv stejným způsobem odvolat a mohu požadovat výmaz dat (s výjimkou takového účelu jejich zpracování, který má ZZ/hospic za povinnost k jejich archivaci po zákonem stanovenou dobu, tzn. zdravotní dokumentace).

**den, měsíc, rok …………………………………… Podpis: …………………………………………………………**

**V případě, že** **pacient není schopen podpisu**, potvrzují níže osoba zúčastněná tohoto projevu vůle za ZZ a svědek, že pacientovi bylo vše ve výše uvedeném smyslu vysvětleno a že pacient projevil svůj souhlas / nesouhlas slovy či jiným způsobem nevzbuzujícím pochybnosti.

den, měsíc, rok …………………………………………………… čas (hodina, minuty): …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

jméno osoby za ZZ čitelně + podpis

 …………………………………………………………………………………………………

 jméno svědka projevu pacienta čitelně – zdrav. sestry + podpis

**D.** Byl/a jsem seznámen/a s **Informacemi před/při přijetí** aSouhlasím se svým **umístěním v Hospici Štrasburk**, Bohnická 12/57 v Praze 8. Rovněž souhlasím **s označením pokoje**, kde budu ubytován/a, mým jménem a příjmením. Byl jsem informován i **o doručování mých osobních údajů hospici k jejich zpracování za účelem mého přijetí do hospice**. I s tímto zpracováním mých osobních údajů, vč. údajů o mé diagnóze/diagnózách a dalších údajích z mé zdravotní dokumentace vyslovuji svůj souhlas.

**D1.** Byl jsem informován o Platbě za pobyt v hospici - **Denní pobytová taxa** – úhrada za pobyt v nadstandardně vybavených jednolůžkových pokojích činí částku 450,- Kč za 1 den pobytu. Hospic Štrasburk disponuje 23 jednolůžkovými pokoji a 1 dvoulůžkovým pokojem.

Denní pobytová taxa na dvoulůžkovém pokoji při jeho plném obsazení (vždy pacienti stejného pohlaví) činí 300,- Kč za 1 den pobytu.

**D2.** **Platby příbuzných/blízkých** při pobytu v hospici:

 a) pobytová cena přistýlky pro příbuzného či hosta

 na pokoji pacienta: … 100,- Kč / 1 den

 b) snídaně … 40,- Kč / 1 den

 c) oběd … 75,- Kč / 1 den

 d) večeře … 65,- Kč / 1 den

D3. **A dále si přeji, aby o mém zdravotním stavu byly informovány následující osoby**:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jsem si vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv stejným způsobem odvolat.

**Podpis** informované osoby**/pacienta**

den, měsíc, rok ………………………………………………………… Podpis: …………………………………………………………………

**E. Osoby blízké.** Spolu s informovanou osobou/pacientem byly se všemi těmito Předběžnými informacemi seznámeny i osoby pacientovi blízké.

**Jméno osoby blízké**:………………………………………………………………………………………………………………………………………

Vztah informované osobě/pacientovi: ………………………………………………………………………………………………………………

 Kontakt: ………………………………………………………………………………………………………………………………

den, měsíc, rok ……………………………………………………… Podpis: …………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tato listina - Předběžná prohlášení a Informace o péči v hospici jsou vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (opatrovník / osoba/y blízké) a druhý informující lékař. Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu. Kopie rovněž přísluší hospici.