



**Informovaný souhlas**  
**pacienta (opatrovníka/osoby blízké) s péčí v hospici**

**Jméno pacienta:** .....

**Rodné číslo:** .....

**A. Prohlášení lékaře**

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (opatrovníka/osoby blízké) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika hospitalizace v hospici a principy 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. Po seznámení s mým zdravotním stavem si nepřeji Kardiopulmonální resuscitaci.

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

Podpis **vyšetřované osoby** (event. opatrovníka nebo osoby blízké)

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. Byl/a jsem seznámen/a s Informacemi o péči v hospici před přijetím (při přijetí).  
Dále si přeji, aby o mém zdravotním stavu byly informovány následující osoby:**

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

**Podpis vyšetřované osoby (event. opatrovníka nebo osoby blízké)**

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

**Jméno osoby blízké:**..... kontakt: .....

Vztah k vyšetřované osobě: .....

**Jméno opatrovníka:** ..... kontakt: .....

Tento Informovaný souhlas je vyhotoven 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.