**Informovaný souhlas pacienta, popř. jeho rodinných příslušníků, s poskytováním**

**specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta.**

**Poskytovatel domácí specializované paliativní péče**

IČZ: 89 804 000 (pro Revírní bratrskou pokladnu IČZ 89 100 700)

**Název IČZ: Charita Olomouc – Hospicová péče Caritas v Olomouckém kraji**

(dále jen Poskytovatel)

Poskytovatel poskytuje pacientovi …………………………………………….. , rodné číslo: ………………………………………..

specializovanou paliativní péči od: ...................................................... (uvést den, měsíc, rok)

v domácím prostředí pacienta dle jeho individuálních potřeb s dostupností 24 hodin denně.

V rámci této péče poskytuje Poskytovatel pacientovi veškeré hrazené zdravotní služby lékaře i zdravotní sestry, vč. dopravy a zároveň poskytuje pacientovi všechny potřebné léčivé přípravky a spotřebovaný materiál hrazený z veřejného zdravotního pojištění, event. přístroje, což znamená, že Poskytovatel přebírá veškerou péči registrujícího praktického lékaře i ambulantních specialistů.

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu těmto blízkým osobám:

(jména, příp. kontakt)…………………………………………………………………………………………………………………........................

.................................................................................................................................................................................

Tento informovaný souhlas sepisuji poté, co jsem měl/a možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře Hospicové péče Caritas zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět, a na všechny své dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

V………………..…………….dne……………………………..

 razítko a podpis

.......................................................................... ...................................................................

 Za Poskytovatele Pacient

 titul, jméno a příjmení titul, jméno příjmení

 funkce

...................................................................

 Osoba, která pečuje o pacienta

 titul, jméno a příjmení