

# Svobodný informovaný souhlas

**Jméno a příjmení pacienta:** .....

**Adresa:** .....

**Datum narození:** .....

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro domácí hospicovou péči na základě svého uvážení a seznámení se s podmínkami poskytované péče. Byl/a jsem informován/a o svém zdravotním stavu a jeho prognóze. Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové péče je především zachování kvality života i v tomto těžkém období mé nemoci a že nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit.

V případě takového zhoršení zdravotního stavu, který by mi neumožňoval podílet se na rozhodování o další péči, si přeji, aby o jejím postupu rozhodl/a:

Jméno a příjmení: .....

Vztah k nemocnému: .....

Kontakt: .....

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

Jméno a příjmení, vztah, kontakt: .....

.....

.....

.....

Souhlasím s nahlížením do mé dokumentace vedené Domácím hospicem sv. Lucie všemi členy multidisciplinárního týmu.

V .....

dne: .....

.....

.....

podpis pacienta

podpis pečujícího