|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko pacienta:** | | | | | |
| Rodné číslo: | | | Zdravotná poisťovňa: | | |
| Dátum narodenia: | | | Miesto narodenia: | | |
| Rodinný stav: | | | Rodné priezvisko: | | |
| Adresa trvalého bydliska: | | | | | |
| Dosiahnuté vzdelanie: | | | | | |
| Zamestnanie (hlavné alebo posledné vykonávané): | | | | | |
| Ak je pacient zbavený spôsobilosti na právne úkony | | | | | |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu: | | | | | |
| Adresa + telefón: | | | | | |
| Číslo právoplatného rozhodnutia: | | | | | |
| Kto a kedy rozhodnutie vydal: | | | | | |
| **Kontaktná osoba č. 1:** *(príbuzná osoba alebo iná, ktorú si určí pacient a súhlasí s jej informovaním o jeho zdravotnom stave a bude poskytovať 24 hodín denne opatrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí)* | | | | | |
| Meno a priezvisko: | | | | Vzťah: | |
| Adresa: | | | | | |
| Telefonický kontakt: | | e-mail: | | | |
| **Kontaktná osoba č. 2:** *(príbuzná osoba alebo iná, ktorú si určí pacient a súhlasí s jej informovaním o jeho zdravotnom stave a bude poskytovať striedavo 24 hodín denne opatrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí)* | | | | | |
| Meno a priezvisko: | | | | Vzťah: | |
| Adresa: | | | | | |
| Telefonický kontakt: | | e-mail: | | | |
|  | |  | | | |
| **Meno a adresa praktického lekára** | | | | | |
|  | Telefón | | | | e-mail: |

|  |
| --- |
| **Vyhlásenie žiadateľa** |
| Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol(a) podľa skutočnosti. Som si vedomý(á) toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody.  Vyhlasujem, že budem dodržiavať interné predpisy platné v hospici.  Svojím podpisom potvrdzujem, že som sa riadne oboznámil(a) s informáciami k spracúvaniu mojich osobných údajov Prevádzkovateľom – Hospic Milosrdných sestier, Trenčín v zmysle článku 13 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov v súlade s § 19 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov, ktoré sú k dispozícii u hlavnej sestry alebo na webe Prevádzkovateľa v časti Ponúkame – Formuláre na stiahnutie – Ochrana osobných údajov.  Hospic prijíma pacientov bez ohľadu na náboženské vyznanie, národnosť a sociálne postavenie.  Dňa:  Vlastnoručný podpis žiadateľa  *(pacienta, príp. zákonného zástupcu alebo opatrovníka)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresa**: Hospic Milosrdných sestier  Mobilný hospic  Súvoz 739, 911 01 Trenčín | **Telefón:** 0901 909 011 | **E- mail**: ziadosti@hospictn.sk |
| **Web:**  www.mobilny.hospictn.sk |

# Poučenie a informovaný súhlas pacient

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko pacienta:** | | **Rodné číslo:** |
| Hospic Milosrdných sestier poskytuje okrem ústavnej hospicovej starostlivosti aj domácu hospicovú starostlivosť osobám s nevyliečiteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou zväčša onkologickou chorobou.  Cieľom hospicovej starostlivosti je zmierňovať utrpenie pacienta – liečebné postupy vedú k zmierneniu bolesti a iných nepríjemných prejavov choroby, k udržaniu najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti. Nejde o násilné predlžovanie života ale ani o jeho predčasné ukončenie eutanáziou.  Súhlasím s frekvenciou návštev domácej hospicovej starostlivosti minimálne 1 krát týždenne a podľa potreby po dohovore viackrát.  Bol(a) som poučený(á) o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia, resp. odmietnutia zdravotnej starostlivosti.  Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a liečebnými postupmi vedúcimi k zmierneniu bolesti a iných nepríjemných prejavov choroby. Taktiež potvrdzujem, že budem dodržiavať liečebný režim odporučený ošetrujúcim lekárom.  Bol som oboznámený a súhlasím s víziou a poslaním hospicu a ich napĺňaním pri poskytovaní domácej hospicovej starostlivosti.  Súhlasím, aby s informáciami o mojom zdravotnom stave boli oboznámené kontaktné osoby uvedené v Žiadosti o prijatie. | | |
| Dátum: | Podpis: | |

Kompletne vyplnené tlačivá: Žiadosť o prijatie pacienta a Poučenie a informovaný súhlas priniesol/priniesla

Dňa: ................................... Meno a priezvisko: .......................................................................................................,

ktorý/á čestne prehlasuje a svojim podpisom potvrdzuje, že údaje a podpisy v týchto tlačivách sú pravdivé a berie na seba všetky právne dôsledky, ktoré by vznikli zo spochybnenia uvedených skutočností.

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

podpis osoby prinášajúcej komplet vypísané tlačivá

Pacient nie je schopný prijať resp. odmietnuť poučenie a dať informovaný súhlas. V súlade s ustanovením § 6, ods. 9, písmeno a Z. z. 576/2004 informovaný súhlas zákon nevyžaduje a súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti možno predpokladať.

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

lekár hospicu svedok

# Informácie pred prijatím

**Aké sú podmienky prijatia do mobilného hospicu?**

* terminálne štádium onkologického ochorenia
* ukončenie alebo odmietnutie aktívnej onkologickej liečby
* poskytnutie lekárskej správy o ochorení
* odporučenie praktického alebo iného ošetrujúceho lekára k poskytovaniu domácej hospicovej starostlivosti
* informovaný súhlas pacienta
* vyplnená žiadosť o prijatie pacienta
* zabezpečená celodenná starostlivosť najmenej jedným členom rodiny, príp. striedavá starostlivosť viacerých osôb
* bydlisko do 30 km od Trenčína
* súhlas s frekvenciou návštev domácej hospicovej starostlivosti minimálne jedenkrát týždenne a podľa potreby po dohovore aj viackrát
* o definitívnom prijatí pacienta do domácej hospicovej starostlivosti rozhoduje ošetrovateľský tím domácej hospicovej starostlivosti. Poskytovanie domácej hospicovej starostlivosti môže byť kedykoľvek ukončené zo strany pacienta. Zo strany hospicu v prípade porušenia interných predpisov hospicu.

**Ako je to s platením?**

Prevádzka mobilného hospicu je hradená z viacerých zdrojov. Časť nákladov by mala hradiť zdravotná poisťovňa a zvyšok je potrebné pokryť   
z finančných darov zo strany pacienta, jeho príbuzných a z iných sponzorských príspevkov.

Poskytovanie domácej hospicovej starostlivosti indikovanému pacientovi nie je podmienené spolupodieľaním sa pacienta na financovaní.

S úctou

**MUDr. Mária Dohňanská sestra M. Noemi - Mgr. Henrieta Žilková**

primárka hospicu riaditeľka hospicu