

## Žiadosť o prijatie pacienta

do Hospicu – dom pokoja a zmiery  
u Bernadety v Nitre



### Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:	Zdravotná poisťovňa:	
Dátum narodenia:	Miesto narodenia:	
Adresa trvalého bydliska:	Národnosť:	
Rodné priezvisko:	Rodinný stav:	
Vzdelanie:	Zamestnanie (hlavné alebo posledné):	
Poberateľ starobného dôchodku:	Pacient je PN:	
Vierovyznanie:	Želáte si návštevu kňaza?:	Želáte si pomazanie chorých?:
Adresa terajšieho pobytu (nemocnica, či iné zariadenie) + telefón:		

### Meno a adresa praktického lekára

#### Ak je pacient zbavený spôsobilosti na právne úkony

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:
Adresa + telefón:
Číslo právoplatného rozhodnutia:
Kto a kedy rozhodnutie vydal:

#### Najbližšia osoba pacienta (príbuzná osoba alebo iná, ktorú si určí pacient)

Meno a priezvisko:	Vzťah:
Adresa:	
Telefón vo dne:	Telefón večer a v noci:

#### 2. Kontakt:

Telefón:

Vzťah:

#### Osoba, ktorá prevezme starostlivosť o pacienta po event. prepustení (ak nie je zhodná s najbližšou osobou)

Meno a priezvisko:	Vzťah:
Adresa:	
Telefón vo dne:	Telefón večer a v noci:

Máte záujem o ubytovanie príbuzného pri chorom v hospici?  áno  nie - NIE počas COVID-19

### 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 vnútorné predpisy platné v hospici. Týmto dávam súhlas na spracovanie osobných údajov v zmysle zákona.18/2018 Z.z. Hospic prijíma pacientov bez ohľadu na náboženské vyznanie, národnosť a sociálne postavenie.

Dňa: .....

Vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

#### Nevyhnutné prílohy k žiadosti:

- Vyjadrenie lekára k prijatiu do hospicu (zašle do hospicu lekár)
- Poučenie a informovaný súhlas (2. strana žiadosti)

### Kontaktné údaje

<b>Adresa:</b>	Hospic – dom pokoja a zmiery u Bernadety Chrenovská ul. 22 B 949 01 Nitra	<b>Telefón:</b> 037/653 1041- 43 0911/254 682, 0902/419 151
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:lekar@hospicnitra.sk">lekar@hospicnitra.sk</a>	
	<a href="mailto:soc.pracovnik@hospicnitra.sk">soc.pracovnik@hospicnitra.sk</a>	<b>Web:</b> <a href="http://www.hospicnitra.sk">www.hospicnitra.sk</a>

<p><b>Hospic - dom pokoja a zmiernu u Bernadetky</b> Chrenovská 22B 949 01 Nitra</p>	<p><b>Poučenie a informovaný súhlas</b></p>
<p><b>Meno a priezvisko pacienta:</b></p>	<p><b>Rodné číslo:</b></p>
<p>V hospici sa poskytuje zdravotná starostlivosť osobám s nevyliciteľnou, a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou.</p> <p>Svojim podpisom vyhlasujem, že som sa ako pacient (zákonný zástupca) rozhodol(a) pre zdravotnícke služby zdravotníckeho zariadenia Hospic – dom pokoja a zmiernu u Bernadetky slobodne, po zrelom uvážení a riadnom poučení. <b>Som si vedomý(á) toho, že cieľom starostlivosti nie je predlžovanie života, ale úsilie o udržanie kvality života a že nebudú aplikované liečebné zákroky a postupy, ktoré nemôžu kvalitu života zlepšiť, alebo ktoré by mohli život priamo i nepriamo ukončiť.</b> Informovaný súhlas je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní služieb ústavnej zdravotnej starostlivosti.</p> <p>Bol som poučený o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia, resp. odmietnutia zdravotnej starostlivosti.</p> <p>Taktiež potvrdzujem, že budem dodržiavať liečebný režim doporučený ošetrojúcim lekárom.</p> <p>Súhlasím, aby s informáciami o mojom zdravotnom stave boli oboznámení:</p>	
<p>Dátum:</p>	<p>Podpis:</p>

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 zariadenia

.....  
zákonný zástupca, príbuzný, alebo blízka osoba pacienta