

Žiadosť o prijatie pacienta

do Hospicu – dom pokoja a zmiernu
u Bernadetky 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: | <ul style="list-style-type: none">➤ Vyjadrenie lekára k prijatiu do hospicu (zašle do hospicu lekár)➤ Poučenie a informovaný súhlas (2. strana žiadosti) |
|--------------------------------|---|

Kontaktné údaje

| | | |
|---------|---|---|
| Adresa: | Hospic – dom pokoja a zmiernu u Bernadetky Chrenovská ul. 22 B 949 01 Nitra | Telefón: 037/653 1041- 43 0911/254 682, 0902/419 151 |
| E-mail: | lekar@hospicnitra.sk | |

Hospic - dom pokoja a zmiernu
u Bernadetky
Chrenovská 22B
949 01 Nitra

Poučenie a informovaný súhlas

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

V hospici sa poskytuje zdravotná starostlivosť osobám s nevyliciteľnou, a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou.

Svojím 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. **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.** Informovaný súhlas je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní služieb ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Bol som poučený o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia, resp. odmietnutia zdravotnej starostlivosti.

Taktiež potvrdzujem, že budem dodržiavať liečebný režim doporučený ošetrojúcim lekárom.

Súhlasím, aby s informáciami o mojom zdravotnom stave boli oboznámení:

Dátum:

Podpis:

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