




NEMOCNICA
S POLIKLINIKOU ILAVA, n.o.
Ľ.ŠTÚRA388/3, 019 01
ILAVA

**Žiadosť
o prijatie pacienta
do HOSPICU**

Registratúrna pečiatka(dátum):

| | | |
|--|---|-----------------|
| Meno a priezvisko pacienta: | | |
| Rodné číslo: | Zdravotná poisťovňa: | |
| Dátum narodenia: | Miesto narodenia: | |
| Rodinný stav: | Rodné priezvisko: | |
| Adresa trvalého bydliska: | | |
| Dosiiahnuté 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 a jeho zdravotnom stave) | | |
| 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 a jeho zdravotnom stave) | | |
| Meno a priezvisko: | Vzťah: | |
| Adresa: | | |
| Telefonický kontakt: | e-mail: | |
| Meno a adresa praktického lekára | | |
| | Telefón | e-mail: |
| V prípade nutnosti si želáte volať pohrebnú službu | | |
| | | Telef. kontakt: |
| V prípade neuvedenia pohrebnej služby postupujeme v zmysle Zákona o pohrebníctve č. 131/2010 Z.z. | | |
| <p>Vyhlasenie 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 svojich osobných údajov v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov. Hospic prijíma pacientov bez ohľadu na náboženské vyznanie, národnosť a sociálne postavenie.</p> | | |
| Dňa: | Vlastnoručný podpis žiadateľa (pacienta, príp. zákonného zástupcu alebo opatrovníka) | |

| | |
|---|---|
|  NEMOCNICA S POLIKLINIKOU ILAVA, n.o. Ľ.ŠTÚRA 388/3, 019 01 ILAVA | Pučenie a informovaný súhlas |
| Meno a priezvisko pacienta: | Rodné číslo: |
| <p>V Hospici sa poskytuje zdravotná starostlivosť osobám s nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou.</p> <p>Cieľom a účelom zdravotnej starostlivosti je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta, to znamená: zmiernenie utrpenia, poskytnutia úľavy od bolestí a iných závažných symptómov ochorenia.</p> <p>Bol som poučený o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia, resp. odmietnutia zdravotnej starostlivosti.</p> <p>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</p> <p>Potvrdzujem, že budem dodržiavať liečebný režim doporučený ošetrojúcim lekárom a táto skutočnosť bude rešpektovaná aj zo strany mojich blízkych. Beriem na vedomie, že pri neakceptovaní uvedeného, bude zo strany hospicu okamžite ukončená moja hospitalizácia.</p> <p>Bol som oboznámený a súhlasím s víziou a poslaním hospicu a ich napĺňaním pri poskytovaní hospicovej starostlivosti.</p> <p>Súhlasím, aby s informáciami o mojom zdravotnom stave boli oboznámené kontaktné osoby uvedené v Žiadosti o prijatie.</p> <p><i>Svojim podpisom vyhlasujem, že som sa ako pacient (zákonný zástupca) rozhodol(a) pre zdravotnícke služby (PZS) Hospic so sídlom v ZS NsP Ilava n.o., slobodne, po zrelom uvážení a riadnom poučení.</i></p> | |
| 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.

.....
 popis 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) zákona č. 576/2004 Z. z. informovaný súhlas zákon nevyžaduje a súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti možno predpokladať.

.....
 lekára hospicu

.....
 svedok



NEMOCNICA S POLIKLINIKOU ILAVA, n.o.
Ľ.ŠTÚRA 388/3, 019 01 ILAVA

Vyjadrenie lekára
Indikácia k prijatiu
do HOSPICU

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

Adresa trvalého bydliska:

Diagnóza

(uvedte priority podľa závažnosti príznakov, prípadne priložte prepúšťaciu správu)

a) hlavná

Kód 10.MKCH

b) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

Známe alergie:

Aktuálna terapia:

Ako je pacient informovaný o svojej diagnóze, prípadne prognóze?

Duševný stav pacienta:

Diéta:

Mobilnosť pacienta: (vyznačte krížikom)

schopný samostatnej chôdze s oporou na vozíku ležiaci

Inkontinencia: moču stolice

Prítomnosť dekubitov: (uvedte rozsah)

| | | |
|-------------|----------|--|
| Iné údaje: | | |
| Kód lekára: | Telefón: | e-mail: |
| V | dňa | |
| | | Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára |

Lekár zašle vyjadrenie

| | |
|--|--|
| Adresa: | Bližšie informácie je možné získať: |
| Nemocnica s poliklinikou Ilava, n.o. Hospic Ľ. Štúra 388/3, 019 01 Ilava | Telefón lekára: 042-4667252 Informátor: 042-4466999 e-mail: hospic@nspilava.sk web: www.nspilava.sk |

| | |
|--|----------------------------------|
| Vyjadrenie lekára hospicu o indikácii umiestnenia pacienta do hospicu | |
| V Ilave dňa | pečiatka a podpis lekára hospicu |