|  |
| --- |
| **Zgoda pacjenta na opiekę w hospicjum stacjonarnym** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane pacjenta** | |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że poinformowano mnie, o tym co następuje:** |
| Znam stan mojego zdrowia i rodzaju świadczeń jakie są wykonywane w hospicjum stacjonarnym. Uzyskałem informację, że ten rodzaj świadczeń nazywany jest opieką paliatywną i hospicyjną.  Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych  i socjalnych. |
| Moje rozpoznanie zostało ustalone wcześniej i obecnie nie ma potrzeby wykonania dalszych badań diagnostycznych |
| W hospicjum wykonywane są badania, których wyniki bezpośrednio określają mój stan zdrowia  i mają bezpośredni wpływ na stosowane leczenie (morfologia krwi, badanie poziomu cukru, stężenie sodu potasu, próby wątrobowe, testy wydolności nerek). Nie wykonuje się natomiast badań, których wyniki nie wpływają bezpośrednio na sposób leczenia |
| W moim przypadku, leczenie przyczynowe (zmierzające do usunięcia choroby) zostało już zakończone i nie będzie więcej stosowane |
| Leczenie prowadzone w hospicjum zmierzać będzie do wyeliminowania uciążliwych objawów choroby i zapewnienia mi możliwie najlepszej opieki |
| W hospicjum nie prowadzi się leczenia z zastosowaniem metod sztucznie podtrzymujących życie |

|  |
| --- |
| **Rozumiem powyższe zasady opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie wnoszę do nich zastrzeżeń**  **oraz wyrażam zgodę na opiekę w** Hospicjum im. Św. Franciszka z Asyżu w Szczecinku ul. Bukowa 85A |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Podpis chorego, lub jego opiekuna  (należy podać relację, lub stopień pokrewieństwa) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Podpis osoby udzielającej informacji |