|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)* | | | | | |
| 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)* | | | | | |
| Meno a priezvisko: | | | | Vzťah: | |
| Adresa: | | | | | |
| Telefonický kontakt: | | e-mail: | | | |
| Chcem byť telefonicky informovaný okamžite pri závažnom zhoršení zdravotného stavu pacienta? | | ꙱ áno, počas dňa ꙱ áno, počas dňa aj v noci ꙱ nie | | | |
| **Meno a adresa praktického lekára** | | | | | |
|  | Telefón | | | | e-mail: |
| **V prípade nutnosti si želáte zavolať pohrebnú službu** | | | | | |
|  | | | | | Tel. kontakt: |
| V prípade neuvedenia pohrebnej služby postupujeme v zmysle Zákona o pohrebníctve č. 131/2010 | | | | | |

|  |
| --- |
| **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. Hospic Milosrdných sestier si vyhradzuje právo pri prijatí a hospitalizácii pacienta zdokumentovať rany a dekubity, ktoré budú súčasťou lekárskej dokumentácie pacienta v zmysle čl. 6 od. 1 písm. f) Nariadenia – oprávnený záujem prevádzkovateľa. 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. Zároveň podpisom dávam súhlas s poskytovaním špecializovaného sociálneho poradenstva a so spracovaním mojich osobných údajov na tieto účely.  Dňa:  Vlastnoručný podpis žiadateľa  *(pacienta, príp. zákonného zástupcu alebo opatrovníka)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresa**: Hospic Milosrdných sestier  Súvoz 739,  911 01 Trenčín | **Číslo prvého kontaktu:**  0901 909 011 | **E- mail**: ziadosti@hospictn.sk |
| **Web:**  www.hospictn.sk |

# Poučenie a informovaný súhlas pacient

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko pacienta:** | | **Rodné číslo:** |
| V Hospici Milosrdných sestier (ďalej len „hospic“) sa poskytuje **špecializovaná zdravotná starostlivosť** osobám **s nevyliečiteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou**.  **Cieľom a účelom** zdravotnej starostlivosti je **udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta**, to znamená: zmiernenie utrpenia, poskytnutie úľavy od bolestí a iných závažných symptómov ochorenia.  Cieľom starostlivosti nie je násilné predlžovanie života, ani jeho predčasné ukončenie, ale účinná pomoc pacientom, u ktorých vyliečenie nie je možné.  Bol som poučený o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia, resp. odmietnutia zdravotnej starostlivosti.  Svojim podpisom potvrdzujem, že **súhlasím s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a liečebnými postupmi** vedúcimi k zmiereniu bolesti a iných nepríjemných prejavov choroby. Taktiež potvrdzujem, že **budem dodržiavať liečebný režim doporučený ošetrujúcim lekárom** a táto skutočnosť bude rešpektovaná aj zo strany mojich blízkych.  V prípade, že by to moji blízki nerešpektovali, súhlasím s tým, že im hospic neumožní ďalšie návštevy.  Zároveň beriem na vedomie, že pri neakceptovaní uvedeného, bude zo strany hospicu okamžite ukončená moja hospitalizácia.  Bol som oboznámený a **súhlasím s víziou a poslaním hospicu** a ich napĺňaním pri poskytovaní 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. Zároveň svojim podpisom dávam súhlas s poskytovaním špecializovaného sociálneho poradenstva a so spracovaním mojich osobných údajov na tieto účely.

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

podpis osoby prinášajúcej komplet vypísané tlačivá

**Kontaktná osoba** vyššie uvedeného pacienta svojim podpisom **potvrdzuje**, že bola poučená o tom, že ak sa podľa posúdenia primárky hospicu **zdravotný stav pacienta stabilizuje**, príp. skončí úhrada za pacienta zo strany zdravotnej poisťovne, bude **pacient z hospicu prepustený** a kontaktná osoba od tohto dňa **zabezpečí prevzatie pacienta do domáceho prostredia alebo jeho umiestnenie do iného vhodného zariadenia.**

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

podpis kontaktnej osoby

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

**Čo si vziať so sebou?**

* **kartičku poistenca**
* občiansky preukaz
* zdravotný záznam (karta) – ak je to možné
* špeciálne lieky, ktoré užívate a nie sú bežne dostupné

**Za cennosti prinesené so sebou si zodpovedá pacient.**

**Ako je to s platením?**

**Priemerné denné náklady** spojené so zabezpečením hospicovej starostlivosti o jedného pacienta v hospici boli v prvom polroku 2024 vo výške **185 €.** Sú v tom zahrnuté náklady spojené s nákupom liekov a zdravotníckeho materiálu, strava pre pacientov, energie (plyn, el. energia, voda), mzdy personálu a ostatné prevádzkové náklady.

Prevádzka hospicu ako neštátneho zdravotníckeho zariadenia je hradená z viacerých zdrojov. Časť nákladov hradí zdravotná poisťovňa (zhruba polovicu) a zvyšok je potrebné pokryť z finančných darov zo strany pacienta, jeho príbuzných a z iných sponzorských príspevkov.

Viac o hospodárení v hospici tu: <http://www.hospictn.sk/o-nas/hospodarenie-hospicu>

**Ako je to v hospici s návštevami?**

Cieľom hospicovej starostlivosti je maximálne možné zlepšenie kvality života chorých, k čomu patrí aj umožnenie kontaktu s príbuznými, preto **návštevy sú u nás neobmedzené** (24 hodín denne). Z tohto dôvodu môže chorého nepretržite sprevádzať jemu blízky človek, ktorému ponúkame po dohode aj možnosť ubytovania v hospici podľa aktuálnych kapacitných možností.

Pacienti a ich doprovod majú možnosť využiť kuchynku, ktorá je vybavená aj chladničkou s mrazničkou, mixérom, mikrovlnou rúrou, rýchlovarnou kanvicou a sporákom.

S úctou

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

primárka hospicu riaditeľka hospicu