

Příloha č. 1 k Metodice poskytování a úhrady hrazených zdravotních služeb domácí specializované paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (odb. 926) v r. 2020

**Informovaný souhlas pacienta, popř. jeho rodinných příslušníků, s poskytováním specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta.**

Poskytovatel domácí specializované paliativní péče

IČZ: .....

Název IČZ:.....

(dále jen Poskytovatel)

Poskytovatel od .....(uvést den, měsíc, rok) poskytuje pacientovi rodné číslo: ..... specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta dle jeho individuálních potřeb s dostupností 24 hodin denně.

V rámci této péče poskytuje Poskytovatel pacientovi veškeré hrazené zdravotní služby lékaře i zdravotní sestry, vč. dopravy a zároveň poskytuje pacientovi všechny potřebné léčivé přípravky a spotřebovaný materiál hrazený z veřejného zdravotního pojištění, event. přístroje, což znamená, že Poskytovatel přebírá veškerou péči registrujícího praktického lékaře i ambulantních specialistů.

V.....dne.....

V.....dne.....

razítko a podpis

.....

Za Poskytovatele

titul, jméno a příjmení

funkce

.....

Pacient

titul, jméno a příjmení

.....

Osoba, která pečuje o pacienta

titul, jméno a příjmení

.....

Osoba, která pečuje o pacienta

titul, jméno a příjmení