

**Informovaný souhlas pacienta, popř. jeho rodinných příslušníků, s poskytováním domácí paliativní péče.**

Poskytovatel domácí paliativní péče

IČZ/IČP: .....

(dále jen Poskytovatel)

Název IČZ/IČP:.....

Poskytovatel od .....(uvést den, měsíc, rok) poskytuje pacientovi rodné číslo: ..... domácí paliativní péči 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. jejich přepravy 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