

ZGODA CHOREGO NA LECZENIE HOSPICYJNE

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany co do mojego stanu zdrowia i rodzaju leczenia jakie stosowane jest przez hospicjum. Lekarze poinformowali mnie, że ten rodzaj leczenia nazywany jest leczeniem paliatywnym, a dział medycyny zajmujący się takim leczeniem nazywany jest medycyną paliatywną lub opieką hospicyjną. Celem leczenia paliatywnego jest zmniejszenie lub wyeliminowanie różnych dolegliwości, zapewnienie pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z chorobą, zapewnienie opieki. W języku medycznym określenie jest to jako dążenie do uzyskania możliwie najlepszej „jakości życia”. Poinformowano mnie także, że:

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 (zmierające 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, nie prowadzi się „reanimacji” czyli resuscytacji krążeniowo-oddechowej w przypadku zatrzymania oddechu i/lub krążenia.

Oświadczam, że rozumiem wyżej wymienione zasady leczenia stosowane w medycynie paliatywnej i wyrażam zgodę na leczenie hospicyjne prowadzonym przez Hospicjum Stacjonarne Grupa Zdrowie Głowno ul Wojska Polskiego 32/34 95-015 Głowno

Głowno, dn.....

.....
Podpis chorego/opiekuna(podać relację lub stopień pokrewieństwa)

.....
Podpis osoby udzielającej informacji

miejsowość i data ,

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
Pesel

Z G O D A P A C J E N T A

wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez

HOSPICJUM STACJONARNE GRUPA ZDROWIE Główno

Ul. Wojska Polskiego 32/34, 95-015 Główno

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z hospicjum

.....
.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
Czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego
lub faktycznego w przypadku braku kontaktu z pacjentem

W przypadku zgody sądu na umieszczenie pacjenta w hospicjum zgoda nie jest wymagana, należy dołączyć prawomocne postanowienie sądu.