



Stredisko sociálnej pomoci
mesta Košice



Žiadosť o prijatie pacienta

Stredisko sociálnej pomoci mesta Košice –
hospic sv. archanjela Michala

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné priezvisko:

Rodné číslo:

Miesto narodenia:

Zdravotná poisťovňa:

Kód poisťovne:

Rodinný stav:

Adresa trvalého bydliska:

Vzdelanie:

Adresa terajšieho pobytu (*nemocnica ap.*), tel. kontakt:

Zamestnanie (hlavné alebo posledné):

Poberateľ starobného dôchodku:

Pacient je PN od:

Želám si návštevu kňaza: áno nie

Želám si pomazanie chorých: áno nie

Žiadateľ/zákonný zástupca (ak je pacient zbavený spôsobilosti na právne úkony)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Adresa:

Telefón:

E-mail:

Číslo právoplatného rozhodnutia:

Rozhodnutie vydal:

dňa:

Kontaktná osoba:

(*príbuzní alebo iné osoby, ktoré si určí pacient*)

1.

Tel.:

e-mail:

Chcem byť informovaný pri závažnom zhoršení zdravotného stavu pacienta?

počas dňa

v noci

2.

Tel.:

e-mail:

Chcem byť informovaný pri závažnom zhoršení zdravotného stavu pacienta?

počas dňa

v noci

Mám záujem o ubytovanie príbuzného pri pacientovi v hospici? áno nie

Súhlasím, aby o mojom zdravotnom stave boli kontaktné osoby oboznámené: áno nie

Praktický lekár:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Telefón:

E-mail:

V prípade nutnosti si želáte zavolať pohrebnú službu (áno/nie?):

Názov pohrebnej služby:

V prípade neuvedenia pohrebnej služby postupujeme v zmysle Zákona č. 131/2010 Z.z. o pohrebníctve

Nevyhnutné prílohy k žiadosti:

- Aktuálna zdravotná dokumentácia
- Poučenie a informovaný súhlas (2.strana žiadosti)
- Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Indikácie na prijatie do hospicu:

- pokročilé malígne ochorenie po ukončení kauzálnej liečby
- terminálne štádium kauzálne neliečiteľného nenádorového ochorenia
- chronická nádorová a nenádorová bolesť vyžadujúca kontinuálne podávanie opioidov
- odmietnutie aktívnej kuratívnej liečby a preferencia paliatívnej starostlivosti (NEGATÍVNY REVERZ)

Poučenie a informovaný súhlas

Meno a priezvisko žiadateľa/zákonného zástupcu:

Rodné číslo:

Svojim podpisom vyhlasujem, že som sa ako pacient (resp. zákonný zástupca) rozhodol/rozhodla pre zdravotnícke služby zdravotníckeho zariadenia Hospic sv. archanjela Michala Strediska sociálnej pomoci mesta Košice slobodne, po riadnom poučení o zmluvných podmienkach.

Som si vedomý(á) toho, že cieľom starostlivosti je úsilie o udržanie kvality života a že mi nebudú aplikované liečebné zákroky a postupy, ktoré nemôžu kvalitu života zlepšiť, alebo ktoré by mohli život priamo či nepriamo ukončiť.

Bol/a som poučený(á) o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia, resp. odmietnutia zdravotnej starostlivosti.

Vyhlasujem, že budem dodržiavať liečebný režim doporučený ošetrojúcim lekárom.

Beriem na vedomie, že doba poskytovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti v hospici sv. Michala môžem zotrvať najviac 183 dní odo dňa prijatia pacienta do zariadenia a že táto doba sa môže predĺžiť len so súhlasom zdravotnej poisťovne. Spolu so svojou rodinou berieme na vedomie, že po uplynutí doby poskytovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti v hospici sv. archanjela Michala podľa predchádzajúceho bodu, nie je povinnosťou poskytovateľa paliatívnej zdravotnej starostlivosti zabezpečiť, ani nájsť pacientovi iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, či iné obdobné zariadenie, no uvedené je v plnej zodpovednosti pacienta a jeho rodiny.

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.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som sa riadne oboznámil(a) s informáciami k spracúvaniu mojich osobných údajov Prevádzkovateľom – Hospic sv. archanjela Michala 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 vedúceho zariadenia Hospic sv. archanjela Michala, na úseku riaditeľa SSPmK.

Čestne prehlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že údaje a podpisy v týchto tlačivách sú pravdivé a beriem na seba všetky právne dôsledky, ktoré by vznikli zo spochybnenia uvedených skutočností.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol(a) poučený(á) o tom, že ak sa podľa posúdenia lekára hospicu zdravotný stav stabilizuje, príp. skončí úhrada za pacienta zo strany zdravotnej poisťovne, bude pacient z hospicu prepustený.

Svojim podpisom dávam súhlas so spracovaním mojich osobných údajov. Účelom spracúvania osobných údajov je jednoznačná identifikácia osoby - prijímateľa zdravotnej starostlivosti (pacienta) v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň svojím podpisom udeľujem súhlas s poskytovaním špecializovaného sociálneho poradenstva a so spracovaním mojich osobných údajov na tieto účely.

Stredisko sociálnej pomoci mesta Košice, pracovisko hospic sv. archanjela Michala si vyhradzuje právo pri prijatí a hospitalizácii pacienta zdokumentovať rany a dekubity, ktoré budú súčasťou lekárskej dokumentácie pacienta v zmysle Článku 6 ods. 1 písm. f) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) – oprávnený záujem prevádzkovateľa.

Ďalšie dôležité skutočnosti:

Pacient nie je schopný prijať resp. odmietnuť poučenie a dať informovaný súhlas. V súlade s ustanovením § 6, ods. 9, písm. a 576/2004 Z.z. informovaný súhlas zákon nevyžaduje a súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti možno predpokladať.

Dátum:

Podpis žiadateľa (zákonného zástupcu/opatrovníka/lekára):