


<b>ŽIADOSŤ O PRIJATIE PACIENTA DO HOSPICU V ROHOVCIACH</b>	 <b>SENIOR PARK</b>	Dátum prijatia žiadosti:
<b>Meno a priezvisko pacienta:</b>		
Rodné číslo:	Zdravotná poisťovňa:	
Dátum narodenia:	Rodinný stav:	
Adresa trvalého bydliska:		
Telefonický kontakt:		
Adresa terajšieho bydliska:		
Povolanie:		
<b>Ak je pacient zbavený spôsobilosti na právne úkony:</b>		
Meno a priezvisko zákonného zástupcu:		
Adresa a telefón:		
Číslo právoplatného rozhodnutia:		
Kto a kedy rozhodnutie vydal:		
<b>Najbližšia osoba pacienta:</b>		
Meno a priezvisko:		
Príbuzenský vzťah:		
Adresa:		
Telefón:		
<b>Osoba, ktorá prevezme starostlivosť o pacienta po prepustení:</b>		
Meno a priezvisko:		
Príbuzenský vzťah:		
Adresa:		
Telefón:		
<b>Meno a priezvisko všeobecného/ošetrojúceho lekára:</b>		
Adresa a telefón:		
<b>Vyhlasenie žiadateľa:</b> 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 vzniknutej škody. Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v hospici. Týmto dávam súhlas na spracovanie svojich osobných údajov v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.  Dňa: ..... Podpis žiadateľa alebo zákonného zástupcu		
<b>Nevyhnutné prílohy k žiadosti:</b>		
1. Vyjadrenie lekára k prijatiu pacienta do hospicu 2. Informovaný súhlas		
<b>Kontaktné údaje:</b>		
Adresa: SENIOR PARK, n.o., Rohovce č. 169, 930 30 Telefón: vedúca zariadenia: 0918/ 329 799 www.seniorpark.sk		

## INFORMOVANÝ SÚHLAS

**Meno a priezvisko pacienta:**

**Rodné číslo:**

V hospici sa poskytuje starostlivosť osobám s nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou. Cieľom a účelom zdravotnej starostlivosti je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia osoby a stabilizácia jej zdravotného stavu, nie násilné predlžovanie života, ani jeho predčasné ukončenie eutanáziou.

Vyhlasujem, že som bol 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 zmierneniu bolesti a iných nepríjemných prejavov choroby. Taktiež potvrdzujem, že budem dodržiavať liečebný režim doporučený ošetrojúcim lekárom. Súhlasím, aby s informáciami o mojom zdravotnom stave boli oboznámení:

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

Dátum:

Podpis: .....