



Informovaný súhlas

Ja, dole podpísaný/-á: (meno pacienta) narodený/-á:
..... (dátum narodenia), trvale bytom:
....., podpisom tohto informovaného súhlasu, potvrdzujem, že:

- som bol/-a podrobne poučený/-á o charaktere a spôsobe poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci Mobilného hospicu Považská Bystrica, ktorá mi má byť poskytovaná odo dňa:,
- som bol/-a podrobne poučený/-á o všetkých rizikách poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci Mobilného hospicu Považská Bystrica,
- som si vedomý/-á všetkých podmienok prijatia pacienta do Mobilného hospicu Považská Bystrica,
- že som si vedomý/-á skutočnosti, že nesplnenie niektorej z podmienok prijatia pacienta do Mobilného hospicu Považská Bystrica môže byť dôvodom na vyradenie pacienta z Mobilného hospicu Považská Bystrica.

Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica, Nemocničná 986, 017 26 Považská Bystrica, IČO: 00 610 411, ako prevádzkovateľ Mobilného hospicu Považská Bystrica, si vyhradzuje právo prestať poskytovať pacientovi služby Mobilného hospicu Považská Bystrica po posúdení lekárom Mobilného hospicu Považská Bystrica, ak pacient nie je viac spôsobilý prijímať služby domácej hospicovej starostlivosti.

Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica, Nemocničná 986, 017 26 Považská Bystrica, IČO: 00 610 411, ako prevádzkovateľ Mobilného hospicu Považská Bystrica, si vyhradzuje právo ukončiť poskytovanie služieb pacientovi z personálnych a kapacitných dôvodov.

V Považskej Bystrici, dňa

podpis pacienta