



Ošetrovatelský domov Praha 3

DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

Vážení klienti,

děkujeme Vám, že nám pomáháte plnit Vaše přání a potřeby.

DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

Já, níže podepsaná/ý

rodné číslo

pro případ, kdybych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a se způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji následující přání dle § 36 zákona c. 372/2011 Sb.

Dávám následující konkrétní pokyny k život udržující léčbě

(v následující tabulce zaškrtněte vždy volbu a), b), nebo c). V případě možnosti c) využijte volné pole pro uvedení podrobností).

	(a)Souhlasím s tímto zacházením za všech okolností	(b)Odmítám tuto léčbu za všech okolností	(c)Souhlasím s tímto zacházením za následujících okolností
Resuscitace (pokud obnovení životních funkcí například srdeční masáže, podáváním léků, elektrickými výboji)			
Umělá plicní ventilace (napojení na dýchací přístroj)			
Umělá výživa (podávání výživy hadičkou v nosu, žaludku, nebo infuzí do žil)			

Dávám následující konkrétní pokyny k život udržující léčbě

	(a)Souhlasím s tímto zacházením za všech okolností	(b)Odmítám tuto léčbu za všech okolností	(c)Souhlasím s tímto zacházením za následujících okolností
Umělá hydratace (podávání infuzí pro zajištění tekutin)			
Antibiotika (při léčbě infekce)			
Jiná život udržující léčba (dialýza, kardiostimulátor)			
Transfuze krve			

Dávám následující konkrétní pokyny k využití dalších medicínských postupů

	(a)Souhlasím s tímto zacházením za všech okolností	(b)Odmítám tuto léčbu za všech okolností	(c)Souhlasím s tímto zacházením za následujících okolností
Operační zákrok			
Tlumení příznaků nemoci (například bolesti nebo dušnosti) i na úkor změny stavu vědomí			
Použití invazivních výkonů (například intubace, cévkování, zavedení centrálních žilních katetrů, sondy)			

Prostor pro další možnosti – napište je:

Poučení lékařem:

Podpis lékaře

Váš podpis

Místo pro ověření Vašeho podpisu

Prostor pro identifikaci a podpis svědků (při sepsání dříve vysloveného přání během hospitalizace, v tomto případě není nutné ověření podpisu):

Jméno

Rodné číslo

Podpis

Jméno

Rodné číslo

Podpis

Podpořeno z Nadačního fondu ABAKUS a doporučeno Centrem paliativní péče

a.ba
ku.s
NADAČNÍ FOND

