

## INFORMACJA DLA PACJENTA

.....  
*Imię i nazwisko pacjenta*

Hospicjum Domowe Caritas im. bł. Matki Teresy z Kalkuty w Kielcach prowadzone przez Caritas Diecezji Kieleckiej informuje, że zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2013 r., poz. 1347) **pacjent korzystający ze świadczeń Hospicjum Domowego ma zapewnione świadczenia:**

- udzielane przez lekarza – nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu,
- udzielane przez pielęgniarkę – nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu,
- opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną,
- rehabilitację.

Jednocześnie informujemy, że pacjentowi korzystającemu ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w Hospicjum Domowym **nie przysługują** świadczenia:

- zgodnie z § 8 ustęp 3 w/w Rozporządzeniem Ministra Zdrowia
  - w ramach **pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej**
  - z zakresu **rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach domowych,**
- zgodnie z § 12 ustęp 1 punkt 1 podpunkt b Zarządzenia nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. **tlenoterapii w warunkach domowych.**

W związku z tym uprzejmie informujemy, że pacjent objęty opieką Hospicjum Domowego **NIE MOŻE** jednocześnie korzystać z porad w **Poradni Medycyny Paliatywnej ani rehabilitacji, ani pielęgniarskiej opieki długoterminowej, ani tlenoterapii.** Zamawianie tych usług u innych świadczeniodawców w czasie korzystania z usług Hospicjum Domowego powoduje kolizję zleceń w NFZ i skutkuje odmową zapłaty zarówno za usługi w Hospicjum Domowym, jak również innych współistniejących świadczeń.

*Ks. Stanisław Słowik  
Dyrektor Caritas Diecezji Kieleckiej*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem / łaam się z Informacją dla pacjenta, dotyczącą korzystania ze świadczeń Hospicjum Domowego.

Przyjmuję do wiadomości powyższe wyjaśnienia i zobowiązuję się, że w sytuacji niedostosowania się do powyższych zapisów Caritas Diecezji Kieleckiej obciążę mnie kosztami wynikającymi z korzystania z wykluczających się świadczeń.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*podpis pacjenta lub opiekuna prawnego / faktycznego*

