

## INFORMACJA DLA PACJENTA

Hospicjum Domowe Caritas im. św. 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 § 8 ustęp 4 punkt 1 Zarządzenia nr 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 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*

