

SUGLASNOST

kojom se prihvaća preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti i preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koju sa dobio/la u pisanom obliku prihvaćam:

(NAVESTI PREPORUČENI DIJAGNOSTIČKI, ODNOSNO TERAPIJSKI POSTUPAK)

NAZIV NOSITELJA ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI

USTROJSTVENA JEDINICA

IME I PREZIME PACIJENTA

DATUM ROĐENJA

SPOL

☒ Ž

☐ M

MJESTO ROĐENJA

ADRESA STANOVANJA

MATIČNI BROJ OSIGURANE OSOBE U OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

IME I PREZIME ZAKONSKOG ZASTUPNIKA, ODNOSNO SKRBNIKA

(ZA PACIJENTA KOJI NIJE PRI SVIJESTI, ZA PACIJENTA SA TEŽOM DUŠEVNOM SMETNJOM TE ZA POSLOVNO NESPOSOBNOG ILI MALOLJETNOG PACIJENTA)

POTPIS I FAKSIMIL DOKTORA MEDICINE

MJESTO I DATUM

POTPIS PACIJENTA/ZAKONSKOG ZASTUPNIKA/SKRBNIKA