

KLINIKA
ZA INFektivNE
BOLESTI



UNIVERSITY
HOSPITAL FOR
INFECTIOUS DISEASES

ZAGREB, Mirogojska c. 8, Hrvatska / Croatia "DR. FRAN MIHALJEVIĆ" ZAGREB, Mirogojska c. 8, Hrvatska / Croatia
t.: (01) 2826222, f.: (01) 4678235 t.: +385 1 2826222, f.: +385 1 4678235
bfm@bfm.hr www.bfm.hr bfm@bfm.hr www.bfm.hr

od since
1893

IZJAVA O PRIHVAĆANJU / ODBIJANJU BOLNIČKOG LIJEČENJA

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenim dijagnostičkim odnosno terapijskim postupcima u cilju postavljanja dijagnoze bolesti i provođenja najpovoljnijeg liječenja u svezi bolesti koju sam dobio:

☒ prihvaćam bolničko liječenje u Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" u Zagrebu

☐ odbijam bolničko liječenje u Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" u Zagrebu

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum rođenja: 7.8.1946.

Spol: M

Ž

Adresa stanovanja: _____

ZAGRAD 31, 47000 KARLOVAC, HRVATSKA

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju: _____

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika: _____

(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Mjesto i datum: _____

ZAGREB, 31.7.2018.

Potpis i faksimil doktora medicine: _____

Doc. dr. sc. Marija Savić, dr. med.
subspecijalist intenzivne medicine
175579

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika: _____

[Signature]