

PRIVOLITEV ALI ZAVRNITEV V POSEG OZIROMA ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU

6253

ZZZS-LJ. CENTER
5025074112 060000

TRIGLAV 2211 054011537

AB 21 01994

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
Kirurška klinika
Klinični oddelki za abdominalno kirurgijo
Ljubljana, Zaloška cesta 7

POJASNILNI DEL (izpolni zdravnik)

- Glavna diagnoza: *TV pri aneurizmi*
- Dodatne diagnoze: *lekanje na strukturo
AH1 sprednje, 2. stopnja*
Opozorilo: Za izvedbo preiskave, pri kateri je pacient izpostavljen ionizirajočemu sevanju, je potrebno priložiti drugo ustrezno soglasje!
- Predlagani poseg oz. zdravstvena oskrba je potreben (kratka obrazložitev zakaj je potreben):
Obstanka krvnega
- OPIS posega oz. zdravstvene oskrbe (kratko opisati ali označiti, katero gradivo je pacient prejel):
svobodno priloženo ugotovila
☐ Priloženi pisni opis posega oz. zdravstvene oskrbe, ki ga je prejel pacient.
☐ Pacient je prejel standardizirano pisno gradivo o posegu oz. zdravstveni oskrbi, ki pa ni priloženo - gradivo se nahaja na oddelku.
- Dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom oz. zdravstveno oskrbo (ustrezno označiti):
☒ Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov.
☐ Drugi postopki (navedba vseh dodatnih morebitnih postopkov):
- Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba bo vključeval:
☐ lokalno anestezijo ☒ splošno anestezijo ☐ sedacijo
- Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti med posegom oz. zdravstveno oskrbo (kratko opisati ali označiti, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):
krvavitev, okužba - posledice lekanja, fistule, ileus, koma
☐ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4) *glej priloženo: Mrtvi, infarkt, M. embolija*
- Posledice opustitve predlaganega posega oz. zdravstvene oskrbe (kratko opisati ali označiti, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):
nevarnost za življenje in posledice
☐ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)
- Druge možnosti zdravljenja (doma, v tujini), ki niso dosegljive oziroma niso pravice iz zdravstvenega zavarovanja (kratko opisati ali označiti, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):
☐ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)

IZJAVA ZDRAVNIKA

Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 9: ☒ DA ☐ NE, ker:

Pacient je prejel dodatna pojasnila, ki jih je zahteval: ☐ DA ☒ NE, ker jih ni zahteval.

Ime in priimek zdravnika (tiskano ali štampiljka):

Datum: 7. 6. 2021

Ura:

Podpis:

IZJAVA PACIENTA O PRIVOLITVI ALI ZAVRNITVI

V poseg oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu, svobodno: ☐ PRIVOLIM ☐ NE PRIVOLIM

- Razumem pomen in posledice odločitve.

- Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.

- Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem in (ustrezno označiti):

☐ Privolim v vse postopke, ki so navedeni pod točko 5 in 6.

☐ Navajam postopke/posege pod točko 5, za katere ne želim, da bi bili izvedeni:

- Razumem, da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje.

- Razumem, da bo kakršenkoli postopek, poleg navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

V prisotnost oseb, ki so na učenju v UKC Ljubljana, svobodno: ☐ PRIVOLIM ☐ NE PRIVOLIM

Podpis pacienta:

Ime in priimek Starša 1:

Ime in priimek Starša 2:

Ime in priimek zakonitega zastopnika / druge osebe:

Podpis:

Podpis:

Podpis:

Datum:

Ura:

IZJAVA PACIENTA O NAKNADNI PRIVOLITVI ALI ZAVRNITVI

Pacient si je premislil in (ustrezno označi):

☐ že podano PRIVOLITEV v poseg oz. zdravstveno oskrbo ZAVRNE.

☐ v že ZAVRNJEN poseg oz. zdravstveno oskrbo naknadno PRIVOLI.

Podpis pacienta:

Ime in priimek Starša 1:

Ime in priimek Starša 2:

Ime in priimek zakonitega zastopnika / druge osebe:

Podpis:

Podpis:

Podpis:

Datum:

Ura:

Veljavna verzija je dostopna v sistemu EDS.

Pacient prejme kopijo dokumenta!