



KLINIKA ZA INTERNO MEDICINO

Privolitev v ZAČETNO in NADALJNJO zdravstveno oskrbo po pojasnilu

Spoštovani bolnik, bolnica!

Napoteni ste bili na naš oddelek

Za ugotovitev vaše bolezni in zdravljenja bodo potrebne različne preiskave in pregledi. Za vrsto in obseg preiskav ter pregledov se bomo odločali postopno, glede na potek vaše bolezni in že opravljene preiskave. V primeru zahtevnih diagnostičnih postopkov in zdravljenja, vas bomo o tem seznanili in jih izvajali z vašim pristankom. Če boste želeli dodatna pojasnila, vam bo sobni zdravnik ali zdravnik, ki ga nadomešča, na razpolago v dogovorjenem času. Z vašim podpisom na tem pojasnilu dovolite, da začnemo z diagnostičnimi in terapevtskimi p

Datum in ura: _____

Datum in ura: _____

Podpis pacienta _____

Podpis sprejemnika _____

Privolitev v zdravstveno oskrbo po pojasnilu

Pojasnilo

Pacient _____ rojen _____

s stalnim bivališčem _____

izjavljam, da mi je zdravnik _____

podrobno in jasno razložil moje bolezensko stanje, predlagani poseg oz. zdravstveno oskrbo, predviden način in potek zdravljenja, opozoril na možne zaplete, ter resna in pogosta tveganja, ki spremljajo zdravljenje in lahko ogrozijo moje zdravje ali življenje ter posledice, ki bi lahko nastale zaradi opustitve zdravljenja.

Diagnoza _____

S pojasnili in odgovori zdravnika v zvezi z zdravljenjem in s potrebnimi posegi sem natančno seznanjen in jih razumem.

Datum in ura: 18. 7. 2010

Datum _____

Podpis _____

Podpis _____

Opombe (npr.: pacient se ni zmožen podpisati sam, pacient se ne želi podpisati, kljub ustni privoli, pacient ima zdravstvenega pooblaščenca, pacient si je premislil oz. naknadno zavrnil zdravstveno oskrbo, potreben je prevajalec, ...)

PRIVOLITEV

