

PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU

Priimek in ime _____
 Datum in kraj rojstva _____
 Številka popisa _____
 Prebivališče _____
 Telefon _____
 Pacient prejel kopijo ☒ DA ☐ NE

(Lahko se uporabi nalepka s pacientovimi podatki.)

Spoštovani pacient/pacientka!

Napoteni ste bili na Onkološki inštitut Ljubljana. Pri vaši obravnavi bodo potrebni različni diagnostični in/ali terapevtski postopki. Pri vsakem predlaganem postopku imate pravico do dodatnih informacij in odločanja o tem, ali se z njim strinjate ali ne. V primeru zahtevnih diagnostičnih postopkov in zdravljenja vas bomo s tem seznanili in vas zaprosili za dodatno obveščeno privolitev za njihovo izvedbo. Če boste želeli dodatna pojasnila, vam bo lečeči onkolog (ime in priimek zdravnika) _____, ali zdravnik, ki ga nadomešča, na razpolago v dogovorjenem času. Z vašim podpisom na tem pojasnilu dovolite, da začnemo z diagnostičnimi in terapevtskimi postopki. V kolikor bodo tekom vašega zdravljenja potrebni anestezija, kirurški ali drug zahteven poseg (računalniško-tomografska ali magnetno-rezonančna preiskava, invaziven radiološki poseg,...), izotopne preiskave, uporaba krvi in krvnih pripravkov, sistemsko ali obsevalno zdravljenje, genetsko svetovanje ali boste vključeni v klinično raziskavo, vam bomo le-te natančno razložili in vas prosili za podpis dodatne privolitve.

Pojasnilo:

Izjavljam, da mi je zdravnik (ime in priimek zdravnika) _____

podrobno in jasno razložil moje bolezensko stanje, predlagano zdravstveno oskrbo, njene prednosti in slabosti, alternativne možnosti, predviden način in potek zdravljenja, me opozoril na možne zaplete ter resna in pogosta tveganja, ki spremljajo zdravljenje in lahko ogrozijo moje zdravje ali življenje ter na posledice, ki bi lahko nastale zaradi opustitve zdravljenja. S pojasnili in odgovori zdravnika v zvezi z zdravljenjem in potrebnimi posegi sem natančno seznanjen/a in jih razumem.* Prejel sem dodatno pisno gradivo:

RAK DEBELEGA ČREVEESA IN DANKE

☒ DA ☐ NE

Predlagana zdravstvena oskrba:

standardno zdravljenje

* Stanje in potek zdravljenja sta zapisana v medicinski dokumentaciji pacienta oz. v dokumentu, ki ga pacient prejme po hospitalizaciji ali ambulantnem pregledu.

PRIVOLITEV:

Dajem splošno privolitev za predlagano zdravstveno oskrbo in privolitev dajem svobodno.

☒ DA ☐ NE

Razumem, da bo kakršenkoli postopek, ki mi ni bil predhodno pojasnjen, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda na mojem zdravju. V kolikor bi med zdravstveno obravnavo nastala potreba po nujnih ukrepih, kot so npr.: splošna oz. lokalna anestezija, transfuzija krvi ter po morebitnih nujnih operativnih ali drugih zahtevnih posegih, z njimi soglašam.

☒ DA ☐ NE

Obveščen/a sem bil/a o možnih dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Postopki za katere NE želim, da bi bili izvedeni, so:

Strinjam se z osnovnimi diagnostičnimi in terapevtskimi postopki, ki so namenjeni mojemu zdravljenju (pogovor z zdravnikom, telesni pregled, jemanje krvi, osnovne rentgenske in ultrazvočne preiskave, slepe tankoigelnje biopsije od zunaj dostopnih lezij, diagnostične in razbremenilne plevralne in abdominalne punkcije, punkcije in biopsije kostnega mozga, diagnostične in terapevtske lumbalne punkcije, preveze ran).

☒ DA ☐ NE

Soglašam in dovoljujem, da lahko Onkološki inštitut Ljubljana moje podatke o boleznih, vzorce bioloških materialov (npr. odvzeta kri, urin, tumorji in obtumsorska tkiva...) in slikovnih materialov, ki jih pridobi ob diagnostiki in zdravljenju, uporabi v postopkih, ki bi lahko izboljšali diagnostiko in zdravljenje raka v prihodnosti. Pri teh raziskavah moja identiteta ne bo razkrita. Zagotovljeno mi je, da bo vsako raziskavo pred njenim začetkom odobrila pristojna komisija za medicinsko etiko, ki se bo prepričala tudi o tem, da moja pravica zaupnosti ne bo kršena.

☒ DA ☐ NE

Strinjam se z omejevanjem gibanja, kadar zdravnik oceni, da je to potrebno v mojo največjo zdravstveno korist pri diagnostiki, zdravljenju ali zaradi varovalnih ukrepov in privolitev dajem svobodno.

Razlaga omejevanja gibanja: *včasih pri pacientu lahko nastopi tako stanje bolezni, ki povzroči, da s svojimi dejanji in reakcijami (sicer nezavedno) škoduje sebi ali drugim (si izpulji infuzijski, urinski kateter...), zato ga je za preprečitev nastanka škode potrebno za določen čas imobilizirati ali zmanjšati njegovo zmožnost prostega premikanja rok, nog, telesa ali glave, pri tem pa ga ves čas nadzirati. Pri tem se lahko uporabijo manšete za fiksacijo zapestja ali gležnja, trebušni pas ali drugo.*

V kolikor bo med zdravstveno obravnavo nastala potreba po omejevanju gibanja, na to pristajam, potem, ko sem razumel pojasnila in razlago glede morebitnih stranskih učinkov in zapletov.

☒ DA ☐ NE

Dovoljujem, da pri moji zdravstveni obravnavi sodelujejo osebe, ki jim Onkološki inštitut Ljubljana v času učnega procesa zagotavlja praktično usposabljanje (študenti medicine, študenti in dijaki zdravstvene nege, študenti iz ostalih zdravstvenih dejavnosti).

☒ DA ☐ NE

Seznanjen sem s pravico, da lahko privolitev zavrnem brez negativnih posledic zame, za moje zdravljenje in drugo zdravstveno oskrbo. Za zavrnitev privolitve mi ni treba navesti razlogov.

Prav tako sem seznanjen, da lahko že dano privolitev kadarkoli umaknem brez negativnih posledic zame in za moje zdravljenje. Za umik privolitve mi ni treba navesti razlogov.

I. Dovoljujem posredovanje podatkov iz moje zdravstvene dokumentacije oz. podatke o moji zdravstveni obravnavi, nahajanju v bolnišnici, morebitni premestitvi na drug oddelek ali nenadnem poslabšanju zdravstvenega stanja in v primeru moje smrti pooblaščenim osebam:

ime in priimek _____ prebivališče _____ št. telefona _____
 I. Podatke o mojem zdravstvenem stanju lahko posredujete pooblaščenim osebam na naslednji način (prosimo obkrožite):
 1. samo v moji prisotnosti 2. osebno ob obisku v bolnišnici 3. po telefonu

III. Obiske dovoljujem (prosimo obkrožite in dopolnite):

1. vsem 2. nikomur 3. samo naslednjim osebam:

ime in priimek _____ prebivališče _____ št. telefonaa _____
 Datum podpisa: _____ Podpis pacienta: _____
 Ura podpisa: _____ Podpis zdravnika: _____

Opombe in priloge (npr.: pacient se ni zmožen podpisati sam, pacient se ne želi podpisati, kljub ustni privolitvi, pacient ni sposoben odločanja o sebi, pacient ima zdravstvenega pooblaščenca, pacient si je premislil oz. naknadno zavrnil zdravstveno oskrbo, potreben je prevajalec, ...).

Privolitev po zakonitem zastopniku ali drugih osebah (izpolni zakoniti zastopnik – starši ali skrbnik) (če pacient ni sposoben odločanja o sebi)

Priimek in ime (lastnoročno tiskano) _____
 Razmerje do pacienta _____
 Rojstni datum ali EMŠO _____
 Kontaktni podatki _____
 Datum in ura _____ Podpis _____
 Priimek in ime (lastnoročno tiskano) _____
 Razmerje do pacienta _____
 Rojstni datum ali EMŠO _____
 Kontaktni podatki _____
 Datum in ura _____ Podpis _____

Zavrnitev s pomočjo prič (Pacient je zdravstveno oskrbo zavrnil, a se ni zmožen podpisati sam oz. se kljub ustni zavrnitvi ne želi podpisati.)

Priimek in ime prič _____ Priimek in ime prič _____
 Datum in ura _____ Datum in ura _____
 Podpis _____ Podpis _____

PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU



ONKOLOŠKI
INŠTITUT
LJUBLJANA

INSTITUTE
OF ONCOLOGY
LJUBLJANA

Priimek in ime

Datum in kraj rojstva

Številka popisa

Prebivališče

Telefon

Pacient prejel kopijo

☒ DA ☐ NE

(Lahko se uporabi nalepka s pacientovimi podatki.)

Poštovani pacient/pacientka!

Napoteni ste bili na Onkološki inštitut Ljubljana.

Pri vaši obravnavi bodo potrebni različni diagnostični in/ali terapevtski postopki. Pri vsakem predlaganem postopku imate pravico do dodatnih informacij in odločanja o tem, ali se z njim strinjate ali ne. V primeru zahtevnih diagnostičnih postopkov in zdravljenja vas bomo s tem seznanili in vas zaprosili za dodatno obveščeno privolitev za njihovo izvedbo. Če boste želeli dodatna pojasnila, vam bo lečeči onkolog (ime in priimek zdravnika), ali zdravnik, ki ga nadomešča, na razpolago v dogovorjenem času. Z vašim podpisom na tem pojasnilu dovolite, da začnemo z diagnostičnimi in terapevtskimi postopki. V kolikor bodo tekom vašega zdravljenja potrebni anestezija, kirurški ali drug zahteven poseg (računalniško-tomografska ali magnetno-rezonančna preiskava, invaziven radiološki poseg,...), izotopne preiskave, uporaba krvi in krvnih pripravkov, sistemsko ali obsevalno zdravljenje, genetsko svetovanje ali boste vključeni v klinično raziskavo, vam bomo le-te natančno razložili in vas prosili za podpis dodatne privolitve.

Pojasnilo:

Izjavljam, da mi je zdravnik (ime in priimek zdravnika)

podrobno in jasno razložil moje bolezensko stanje, predlagano zdravstveno oskrbo, njene prednosti in slabosti, alternativne možnosti, predviden način in potek zdravljenja, me opozoril na možne zaplete ter resna in pogosta tveganja, ki spremljajo zdravljenje in lahko ogrozijo moje zdravje ali življenje ter na posledice, ki bi lahko nastale zaradi opustitve zdravljenja. S pojasnili in odgovori zdravnika v zvezi z zdravljenjem in potrebnimi posegi sem natančno seznanjen/a in jih razumem. * Prejel sem dodatno pisno gradivo:

RAK DEBELEGA ČREVEJA IN
DANKE

☒ DA ☐ NE

Predlagana zdravstvena oskrba:

Kompletno predoperativno zdravljenje
in operacija

* Stanje in potek zdravljenja sta zapisana v medicinski dokumentaciji pacienta oz. v dokumentu, ki ga pacient prejme po hospitalizaciji ali ambulantnem pregledu.

PRIVOLITEV:

Dajem splošno privolitev za predlagano zdravstveno oskrbo in privolitev dajem svobodno.

☒ DA ☐ NE

Razumem, da bo kakršenkoli postopek, ki mi ni bil predhodno pojasnjen, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda na mojem zdravju. V kolikor bi med zdravstveno obravnavo nastala potreba po nujnih ukrepih, kot so npr.: splošna oz. lokalna anestezija, transfuzija krvi ter po morebitnih nujnih operativnih ali drugih zahtevnih posegih, z njimi soglašam.

☒ DA ☐ NE

Obveščena/a sem bila/a o možnih dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Postopki za katere NE želim, da bi bili izvedeni, so:

Strinjam se z osnovnimi diagnostičnimi in terapevtskimi postopki, ki so namenjeni mojemu zdravljenju (pogovor z zdravnikom, telesni pregled, jemanje krvi, osnovne rentgenske in ultrazvočne preiskave, slepe tankoigelnje biopsije od zunaj dostopnih lezij, diagnostične in razbremenilne plevralne in abdominalne punkcije, punkcije in biopsije kostnega mozga, diagnostične in terapevtske lumbalne punkcije, preveze ran).

☒ DA ☐ NE

Soglašam in dovoljujem, da lahko Onkološki inštitut Ljubljana moje podatke o bolezni, vzorce bioloških materialov (npr. odvzeta kri, urin, tumorji in obtumorska tkiva,...) in slikovnih materialov, ki jih pridobi ob diagnostiki in zdravljenju, uporabi v postopkih, ki bi lahko izboljšali diagnostiko in zdravljenje raka v prihodnosti. Pri teh raziskavah moja identiteta ne bo razkrita. Zagotovljeno mi je, da bo vsako raziskavo pred njenim začetkom odobrila pristojna komisija za medicinsko etiko, ki se bo prepričala tudi o tem, da moja pravica zaupnosti ne bo kršena.

☒ DA ☐ NE

Strinjam se z omejevanjem gibanja, kadar zdravnik oceni, da je to potrebno v mojo največjo zdravstveno korist pri diagnostiki, zdravljenju ali zaradi varovalnih ukrepov in privolitev dajem svobodno.

Razlaga omejevanja gibanja: včasih pri pacientu lahko nastopi tako stanje bolezni, ki povzroči, da s svojimi dejanji in reakcijami (sicer nezavedno) škoduje sebi ali drugim (si izpuli infuzijski, urinski kateter,...), zato ga je za preprečitev nastanka škode potrebno za določen čas imobilizirati ali zmanjšati njegovo zmožnost prostega premikanja rok, nog, telesa ali glave, pri tem pa ga ves čas nadzirati. Pri tem se lahko uporabijo manšete za fiksacijo zapestja ali gležnja, trebušni pas ali drugo.

V kolikor bo med zdravstveno obravnavo nastala potreba po omejevanju gibanja, na to pristajam, potem, ko sem razumel pojasnila in razlago glede morebitnih stranskih učinkov in zapletov.

☒ DA ☐ NE

Dovoljujem, da pri moji zdravstveni obravnavi sodelujejo osebe, ki jim Onkološki inštitut Ljubljana v času učnega procesa zagotavlja praktično usposabljanje (študenti medicine, študenti in dijaki zdravstvene nege, študenti iz ostalih zdravstvenih dejavnosti).

☒ DA ☐ NE

Seznanjen sem s pravico, da lahko privolitev zavrnem brez negativnih posledic zame, za moje zdravljenje in drugo zdravstveno oskrbo. Za zavrnitev privolitve mi ni treba navesti razlogov.

Prav tako sem seznanjen, da lahko že dano privolitev kadarkoli umaknem brez negativnih posledic zame in za moje zdravljenje. Za umik privolitve mi ni treba navesti razlogov.

I. Dovoljujem posredovanje podatkov iz moje zdravstvene dokumentacije oz. podatke o moji zdravstveni obravnavi, nahajanju v bolnišnici, morebitni premestitvi na drug oddelek ali nenadnem poslabšanju zdravstvenega stanja in v primeru moje smrti pooblaščenim osebam:

ime in priimek prebivališče št. telefona

II. Podatke o mojem zdravstvenem stanju lahko posredujete pooblaščenim osebam na naslednji način (prosimo obkrožite):

1. samo v moji prisotnosti 2. osebno ob obisku v bolnišnici 3. po telefonu

III. Obiske dovoljujem (prosimo obkrožite in dopolnite):

1. sem 2. nikomur 3. samo naslednjim osebam:

ime in priimek prebivališče št. telefonaa

Datum podpisa: Podpis pacienta:

Ura podpisa: Podpis zdravnika:

Opombe in priloge (npr.: pacient se ni zmožen podpisati sam, pacient se ne želi podpisati, kljub ustni privolitvi, pacient ni sposoben odločanja o sebi, pacient ima zdravstvenega pooblaščenca, pacient si je premislil oz. naknadno zavrnil zdravstveno oskrbo, potreben je prevajalec, ...).

Privolitev po zakonitem zastopniku ali drugih osebah (izpolni zakoniti zastopnik – starši ali skrbnik) (če pacient ni sposoben odločanja o sebi)

Priimek in ime (lastnoročno tiskano)

Razmerje do pacienta

Rojstni datum ali EMŠO

Kontaktni podatki

Datum in ura

Podpis

Priimek in ime (lastnoročno tiskano)

Razmerje do pacienta

Rojstni datum ali EMŠO

Kontaktni podatki

Datum in ura

Podpis

Zavrnitev s pomočjo prič (Pacient je zdravstveno oskrbo zavrnil, a se ni zmožen podpisati sam oz. se kljub ustni zavrnitvi ne želi podpisati.)

Priimek in ime priče

Priimek in ime priče

Datum in ura

Datum in ura

Podpis

Podpis