



6253

PRIVOLITEV ALI ZAVRNITEV v POSEG OZIROMA ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU

IME PR: 800209676.12550103
302959028 2505951501389
AB 18 04074

POJASNILNI DEL (izpolni zdravnik)

1. Glavna diagnoza: *ta duct. cholecho.*

2. Dodatne diagnoze: *divudans kuno. l.j. kot pot. pacuop. melan*

Opozorilo: Za izvedbo preiskave, pri kateri je pacient izpostavljen ionizirajočemu sevanju, je potrebno priložiti drugo ustrezno soglasje!

3. Predlagani poseg oz. zdravstvena oskrba je potreben (kratko obrazložite zakaj je potreben):
pot. pacuop. melan. l.j. z obsevanjem

4. OPIS posega oz. zdravstvene oskrbe (kratko opišite ali označite, katero gradivo je pacient prejel):
*odstranitev trk. tumorja z vnanjo zračno razprskano svetlobo
zapletov (do 40% ob 7/9) - bolnik nima potrebnih informacij o zdravstvenem
zdravljenju*

☐ 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.

5. Dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom oz. zdravstveno oskrbo (ustrezno označite):

☒ Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov.

☐ Drugi postopki (navedba vseh dodatnih morebitnih postopkov):

6. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba bo vključeval:

☐ lokalno anestezijo ☒ splošno anestezijo ☐ sedacijo

7. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti med posegom oz. zdravstveno oskrbo (kratko opišite ali označite, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):
kurativna (pacient faktor IV bolnikovo in žene), metast. l.j., l.j.

☐ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)

8. Posledice opustitve predlaganega posega oz. zdravstvene oskrbe (kratko opišite ali označite, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):
*pot. tumorja
nevarnost zdravstvenih zapletov*

☐ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)

9. Druge možnosti zdravljenja (doma, v tujini), ki niso dosegljive oziroma niso pravice iz zdravstvenega zavarovanja (kratko opišite ali označite, 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:

in posegu (pacient, ob sodelovanju z zdravnikom, se odloči za izvedbo posega)

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

Ime in priimek zdravnika (tiskano ali štampiljka):

Datum: 14. 8. 2018 Ura: 12⁰⁰ Podpis: *[Signature]*

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 označite):

☐ 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:

Pacient prejme kopijo dokumenta!

listja 3 (10/2015)

št. identa: 5506063

klasif. št. izpolnjenega obrazca: 6253

OB UKC 0012

str. 1/1