

## PRIVOLITEV ALI ZAVRNITEV V POSEG OZIROMA ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA  
Kirurška klinika  
Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo  
SPECIALISTIČNA AMBULANTNA DEJAVNOST  
Ljubljana, Njegoševa cesta 4 1

## POJASNILNI DEL (izpolni zdravnik)

1. Glavna diagnoza:

2. Dodatne diagnoze:

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 obrazložitev zakaj je potreben):

4. OPIS posega oz. zdravstvene oskrbe (kratko opisati ali označiti, katero gradivo je pacient prejel):

☐ 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 označiti):

☒ 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 opisati ali označiti, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):

☐ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)

8. Posledice opustitve predlaganega posega oz. zdravstvene oskrbe (kratko opisati ali označiti, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):

☐ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)

9. 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:

Ime in priimek zdravnika (tiskano ali štampiljka):

Datum:

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:

Pacient prejme kopijo dokumenta!