

SUGLASNOST

kojom se prihvaća preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljeno na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koji sam dobio/la u pisanom obliku prihvaćam:

hospitalizacija i liječenje
(preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Ustrojna jedinica

Prezime i ime pacijenta

Datum rođenja

Spol

Mjesto rođenja

Adresa stanovanja

PRIJAM

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika

(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis i faksimil doktora medicine

prim. dr. sc. Marcel Židak, dr. med.

IVAN BUDIMIR, dr. med.
7870477

Mjesto i datum

Zagreb, dana 18.06.2022

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika

JANKOV VITO