



Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju
Krapinske Toplice

Odjel: Služba za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju

Stranica: 1/1

Naziv: Suglasnost za preporučeni dijagnostički odnosno
terapijski postupak

SUGLASNOST

**kojom se prihvaća preporučeni dijagnostički, odnosno
terapijski postupak**

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

komputerizirana tomografija

(navesti preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti SBKT

Ustrojstvena jedinica Interna

Ime i prezime pacijenta [redacted]

Datum rođenja [redacted]

Spol

M

Ž

Adresa stanovanja [redacted]

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 [signature]

dr. med.
7994907

Mjesto i datum 16.09.2021.

Potpis pacijenta/ zakonskog zastupnika/ skrbnika [redacted]



Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju
Krapinske Toplice

Odjel: Služba za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju

Stranica: 1/1

Naziv: Suglasnost za objavu medicinskih podataka u sklopu
objave medicinskog članka

SUGLASNOST

kojom se prihvaća objava medicinskih podataka u sklopu objave medicinskog članka

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti prihvaćam da se
moji medicinski podaci koriste u objavi medicinskog članka:

*Quadracuspid aortic valve and right ventricular type of myocardial Bridging
in an asymptomatic middle-aged woman: A case report*
(navesti ime)

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti *Specijalna bolnica za med. reh. Krapinske Toplice*

Ustrojstvena jedinica *Interna*

Ime i prezime pacijenta

Datum rođenja

Spol

M

Ž

Adresa stanovanja

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

Mjesto i datum

16. 09. 2021.

Potpis pacijenta/ zakonskog zastupnika/ skrbnika