

Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica
Majnikova 1
1310 Ribnica

PACIENTOVA IZJAVA O PRIVOLITVI

Podpisani/na.....

Datum rojstva.....

Vrsta medicinskega posega.....

Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo.

Privolitev dajem svobodno.

Razumem pomen in posledice privolitve.

Razumem ustna in pisna pojasnila.

Razumem, da bo kakršen koli postopek poleg tega navedenega na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za reševanje mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

Kraj.....

Podpis pacienta.....
(star 15 let in več)

Podpis staršev/skrbnikov.....
(za mlajše od 15 let)

Podpis in žig zdravnika.....

Žig ambulate

Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo