PACIENTOVA IZJAVA O PRIVOLITVI

Ime in priimek:_____ Datum rojstva:_____

Strinjam se z medicinskim posegom, z cepljenjem oz. zdravstveno oskrbo (ustrezno podčrtaj)**. Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila. Razumem, da bo kakršenkoli 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.**

1. Medicinski poseg_____

2. Cepljenje

Cepil/a se bom proti (ustrezno obkrožite):

- gripi
- klopnemu meningoencefalitisu (KME), odmerek _____
- tetanusu
- pnevmokoku
- drugo:_____

Izpolni zdravnik

Opombe(dodatna anamneza, status,…):

Podpis in žig zdravnika:

_____

Podpis pacienta:

_____

(star 15 let in več)

Podpis starša /skrbnika:

Datum:_____ _____

(za mlajše od 15 let)

*Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo

Zakonske podlage:

- Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanja programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb(UL RS, št.74/99, 92/2006, 10/2011),
- Zakon o nalezljivih boleznih(UL RS št. 33/2006 UPB),
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu(UL RS št. 43/2011),
- Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za tekoče leto