

OBRAZAC SUGLASNOSTI

Zdravstvena ustanova: Hrvatska bolnica "Dr. fra Mato Nikolić" Nova Bila		
Organizациона јединица:		

(naziv predložene medicinske mjere)		
Mjesto:	dan/mjesec/godina/	vrijeme:
.....		
(ime, ime jednog roditelja i prezime pacijenta)	Datum rođenja pacijenta:	SPOL
.....		M Ž
(ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika)		
Mjesto rođenja:	Adresa stanovanja:	Broj zdravstvene knjižice:
Popunjava zdravstvena ustanova/privatne prakse		

Popunjava pacijent:

Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobio/la obavještenja i informacije o predloženoj medicinskoj mjeri prije procedure. Informacije sam dobio/la na razumljivom jeziku usmeno/pismeno (zaokružiti) od mjerodavnog doktora medicine/stomatologije, i to:	Molimo Vas da svaku pročitanu izjavu parafirate
Obaviješten/a sam da nakon dobivanja svih obavještenja i informacija mogu odbiti predloženu medicinsku mjeru	
Obaviješten/a sam da mogu odbiti prijem obuhvatnog, točnog i blagovremenog obavještenja o mojoj bolesti, načinu i tijeku liječenja, kao i da mogu ovlastiti drugu osobu da primi ista u moje ime, te izjavljujem da:	
1. pristajem primiti obavještenja	
2. ne pristajem primiti obavještenja	
3. ovlašćujem.....da primi obavještenje u moje ime	
Opisani su mi i objašnjeni moja dijagnoza i prognoza bolesti	
Opisani su mi cilj i koristi od predložene medicinske mjere	
Objašnjeni su mi vrste i vjerovatnoća mogućih rizika, bolnih i drugih sporednih ili trajnih posljedica	
Obaviješten/a sam o mogućim promjenama stanja poslije poduzimanja predložene medicinske mjere, kao i mogućim nužnim promjenama u načinu života	
Obaviješten/a sam o djelovanju lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka	
Obaviješten/a sam o drugim mogućim metodama liječenja sa opisom koristi i rizika svake od tih metoda, uključujući i efekt neliječenja	
Informiran/a sam o daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostale usluge koje su mi na raspolaganju, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama	
Obaviješten/a sam o pravu na odlučivanje o predloženoj medicinskoj mjeri, o pravu na odbijanje medicinske mjere, kao i sa mogućnošću povlačenja pristanka	
Informiran/a sam o organizacijskim aspektima liječenja, o listi čekanja, vremenu čekanja, načinu formiranja liste čekanja, odnosno informaciji o načinu zakazivanja termina	
Upoznat/a sam sa terminom izvođenja medicinske mjere	
Bilo mi je omogućeno da postavljam pitanja i da na njih dobijem zadovoljavajuće odgovore	
Pacijent/ zakonski zastupnik/staratelj pacijenta obvezno potpisuje jednu od navedenih Potvrda, a sukladno datim okolnostima	

<p>.....</p> <p>(ime i prezime doktora medicine/stomatologije)</p> <p>.....</p> <p>(potpis i faksimil liječnika)</p>	<p>Potvrđujem da sam primio/la sve navedene informacije od mjerodavnog doktora medicine/stomatologije i izjavljujem da slobodnom voljom pristajem na predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.</p> <p>.....</p> <p>(potpis pacijenta)</p> <p>.....</p> <p>(potpis zakonskog zastupnika/skrbnika)</p>
--	---