

KLINIKA ZA INTERNO MEDICINO

NALEPKA PACIENTA

klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva

identifikacijska številka (št. ZZS)

prebivališče

Privolitev v ZAČETNO in NADALJNJO zdravstveno oskrbo po pojasnilu

Spoštovani bolnik, bolnica!

Napoteni ste bili na naš oddelek

Za ugotovitev vaše bolezni in zdravljenja bodo potrebne različne preiskave in pregledi. Za vrsto in obseg preiskav ter pregledov se bomo odločali postopno, glede na potek vaše bolezni in že opravljene preiskave. V primeru zahtevnih diagnostičnih postopkov in zdravljenja, vas bomo o tem seznanili in jih izvajali z vašim pristankom. Če boste želeli dodatna pojasnila, vam bo sobni zdravnik ali zdravnik, ki ga nadomešča, na razpolago v dogovorjenem času. Z vašim podpisom na tem pojasnilu dovolite, da začnemo z diagnostičnimi in terapevtskimi postopki.

Datum in ura: _____

Datum in ura: _____

Podpis pacienta

Podpis sprejemnega zdravnika

Privolitev v zdravstveno oskrbo po pojasnilu

Pojasnilo

Pacient _____ rojen _____

s stalnim bivališčem _____

izjavljam, da mi je zdravnik _____

podrobno in jasno razložil moje bolezensko stanje, predlagani poseg oz. zdravstveno oskrbo, predviden način in potek zdravljenja, opozoril na možne zaplete, ter resna in pogosta tveganja, ki spremljajo zdravljenje in lahko ogrozijo moje zdravje ali življenje ter posledice, ki bi lahko nastale zaradi opustitve zdravljenja.

Diagnoza moje bolezni je _____

S pojasnili in odgovori zdravnika v zvezi z zdravljenjem in s potrebnimi posegi sem natančno seznanjen in jih razumem.

Datum in ura: _____

Datum in ura: _____

Podpis zdravnika

Podpis pacienta

Opombe (npr.: pacient se ni zmožen podpisati sam, pacient se ne želi podpisati, kljub ustni privolitvi, pacient ni sposoben odločanja o sebi, pacient ima zdravstvenega pooblaščenca, pacient si je premislil oz. naknadno zavrnil zdravstveno oskrbo, potreben je prevajalec, ...)

PRIVOLITEV



Privolitev

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo in privolitev dajem svobodno.

Razumem, da bo kakršen koli postopek, ki mi ni bil predhodno pojasnjen, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

V kolikor bo med zdravniškim posegom nastala potreba po splošni oz. lokalni anesteziji ali po transfuziji krvi, na vse pristajam, potem, ko sem razumel pojasnila in razlago glede morebitnih stranskih učinkov in zapletov.

Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Spodaj bom naštel postopke, za katere NE želim, da bi bili izvedeni.

-
-

Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel, ter posledice privolitve.

Podpis pacienta

Datum in ura: _____

Privolitev s pomočjo prič

(Pacient je privolil v zdravstveno oskrbo, a se ni zmožen podpisati sam oz. se kljub ustni privolitvi ne želi podpisati.)

Priimek in ime priče	Priimek in ime priče
Datum in ura	Datum in ura
Podpis	Podpis

Privolitev po zakonitem zastopniku ali drugih osebah

(če pacient ni sposoben odločanja o sebi)

Priimek in ime (lastnoročno tiskano)	
Razmerje do pacienta	
Rojstni datum ali EMŠO	
Kontaktne podatke	
Datum in ura	Podpis
Priimek in ime (lastnoročno tiskano)	
Razmerje do pacienta	
Rojstni datum ali EMŠO	
Kontaktne podatke	
Datum in ura	Podpis