
(Ime i prezime pacijenta, adresa, telefon)

Matični broj/JMBG

SUGLASNOST ZA MEDICINSKE INTERVENCIJE

Sukladno čl. 26 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, od liječnika _____ sam upoznat/a, na meni razumljiv način, s prirodom moje bolesti i suglasan/a sam s očekivanim medicinskim intervencijama potrebnim u obradi i liječenju moje bolesti. Upoznat/a sam s koristi, mogućim komplikacijama i neugodama (sada, na početku boravka u Poliklinici Klapan Medical Group) predmnijevanih pretraga i liječenja. O svim pretragama i načinima liječenja čija potreba će se naknadno pokazati, liječnik me treba dodatno poznanati.

U Zagrebu, dana _____

(Potpis pacijenta)

U skladu s gore spomenutim zakonom, ovu suglasnot, umjesto pacijenta, u slučaju njegove nesposobnosti za donošenje odluke može dati i član uže obitelji, drugi bliži srodnik, skrbnik (obavezno naznačiti)

(Srodstvo, ime i prezime, JMBG, adresa, telefon)

(Potpis)

U Zagrebu, dana _____

ODBIJANJE SUGLASNOSTI ZA MEDICINSKE INTERVENCIJE

Sukladno čl. 26 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, od liječnika na meni razumljiv način sam od strane liječnika upoznat/a s mogućim oblicima očekivanih medicinskih intervencija potrebnih u obradi i liječenju moje bolesti i mogućim rizicima, odnosno komplikacijama u svezi s njima, kao i posljedicama koje mogu proizići zbog neprimjenjivanja istih, te odbijam dati suglasnost za podvrgavanje sljedećim dijagnostičkim ili terapijskim zahvatima odnosno postupcima:

1. _____ 2. _____ 3. _____

U Zagrebu, dana _____

(Potpis pacijenta)

U skladu s gore spomenutim zakonom, ovu suglasnot, umjesto pacijenta, u slučaju njegove nesposobnosti za donošenje odluke može dati i član uže obitelji, drugi bliži srodnik, skrbnik (obavezno naznačiti)

(Srodstvo, ime i prezime, JMBG, adresa, telefon)

(Potpis)

U Zagrebu, dana _____