

SUGLASNOST

kojom se prihvaća preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koju sam dobio/la u pisanom obliku prihvaćam:

(naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka)

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti: **KBC-Split, Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje**

Ustrojstvena jedinica: **Ambulanta za liječene boli**

Ime i prezime pacijenta:

Datum rođenja:

Spol: M Ž

Mjesto rođenja:

Adresa stanovanja:

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju:

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika:

(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis i faksimil doktora medicine:

Mjesto i datum:
(Ispunjavanja Izjave o odbijanju (dan, mjesec, godina)

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika: