

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti **KBC SPLIT**

Ustrojstvena jedinica **Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje**

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)

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:

(navesti preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Potpis i faksimil doktora medicine _____

Mjesto i datum _____

Potpis pacijenta / zakonskog zastupnika / skrbnika _____

IZJAVA O ODBIJANJU

kojom se odbija 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 odbijam:

(navesti preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Potpis i faksimil doktora medicine _____

Mjesto i datum _____

Potpis pacijenta / zakonskog zastupnika / skrbnika _____