



**PRIVOLITEV V OPERATIVNI, TERAPEVTSKI ALI DIAGNOSTIČNI POSEG /  
PREISKAVO OZ. ZAVRNITEV PO POJASNILU**

**POJASNILNI DEL (izpolni zdravnik)**

**1. Razlog obravnave**

1.1 Glavna diagnoza

1.2 Dodatne diagnoze

**2. Predlagani POSEG / PREISKAVA (kratka obrazložitev)**

2.1 Kakršni koli dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom / preiskavo (ustrezno označi)

☐ Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov

Pacienta sem seznail s pozitivnimi učinki in neželenimi škodljivimi učinki in morebitnimi zapleti ob in po transfuziji krvi in komponent krvi.

☐ DA

☐ NE

Pacienta sem seznail s posledicami opustitve transfuzije krvi in komponent krvi.

☐ DA

☐ NE

Pacientu sem izročil informativno gradivo o transfuziji krvi in komponentah krvi.

☐ DA

☐ NE

Pacienta sem seznail z možnostjo odvzema krvi za avtologno transfuzijo.

☐ DA

☐ NE

Pacientu sem izročil informativno gradivo o avtologni transfuziji.

☐ DA

☐ NE

☐ Drug postopek

**3. Pojasnilo**

Pacientu sem ustno pojasnil predlagani poseg / preiskavo in dodatne postopke, ki lahko postanejo nujni med posegom / preiskavo, ga seznail s pogostimi tveganji in možnimi zapleti ter s posledicami opustitve predlagane zdravstvene oskrbe.

☐ DA

☐ NE

Pacientu sem izročil tudi pisno informacijo o predlaganem posegu / preiskavi s kataložsko oznako

☐ DA

☐ NE

**3.1 Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti**

☐ so zapisani v pisni informaciji o posegu / preiskavi, ki jo je pacient prejel

☐ pojasni pojasnjevalec in so naslednja:

**3.2 Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe**

**Posebne zahteve glede drugačnega jezika ali komunikacijske metode:**

☐ NE

☐ DA

Navedi:

## IZJAVA POJASNJEVALCA (izpolni zdravnik)

Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik 1 do 3	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Pacient je na podlagi vprašanj dobil dodatna pojasnila	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
<b>OPOMBE (ustrezno obkroži):</b>		
1. Zaradi pacientovega zdravstvenega stanja privolitve ni mogoče dobiti.		
2. Pacient je dal ustno privolitev. Priči:	Ime in priimek	Podpis
	_____	_____
	_____	_____
3. Pacient po pojasnilu izjave ne želi izpolniti in podpisati.		
Priimek in ime pojasnjevalca (tiskano, žig):		
Datum in ura:	Podpis pojasnjevalca	

## IZJAVA PREVAJALCA ALI TOLMAČA

Pacientu sem prevajal oz. tolmačil zgoraj navedene informacije po svojih najboljših sposobnostih in na način, za katerega verjamem, da mu je bil razumljiv.	
Ime in priimek ter poklicni naziv prevajalca:	
Datum in ura:	Podpis prevajalca:

## PACIENTOVA IZJAVA O PRIVOLITVI / ZAVRNITVI (izpolni pacient/starš/skrbnik)

V poseg / preiskavo, opisan-o na tem obrazcu:	<input type="checkbox"/> PRIVOLIM	<input type="checkbox"/> NE PRIVOLIM
Razumem pomen in posledice privolitve / zavrnitve	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih dobil	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Razumem, da bo kakršen koli postopek poleg postopkov, navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potrebno za rešitev mojega življenja, ali da bi bila preprečena resna škoda za moje zdravje	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Razumem, da imam pravico preklicati privolitev	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

## Pacientova prepoved

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ime in priimek starša ali skrbnika: \_\_\_\_\_

Datum in ura: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta oz. starša ali skrbnika: \_\_\_\_\_