

 <b>Splošna bolnišnica Celje</b>		<b>OBRAZEC</b>  <b>PROŠNJA ZA ODSTOP OD</b> <b>OBDUKCIJE</b>	Oznaka dokumenta: <b>SMP OP 001 OB14</b>
Verzija: <b>2.0</b>	Veljavnost od: <b>1.7.2018</b>		Stran od strani: <b>1 od 1</b>

Podpisani \_\_\_\_\_,  
 (ime in priimek - tiskano)

ki sem s pokojnim v sorodstvenem razmerju oz. zakoniti zastopnik (obkroži) :

- zakonec
- izvenzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti
- otrok
- posvojenec
- starši
- zakoniti zastopnik

in lahko to izkažem z.....,

prosim za **odstop od obdukcije** pri pokojnem \_\_\_\_\_,  
 (ime in priimek – tiskano, EMŠO oz. KZZ)

ki je dne \_\_\_\_\_ umrl na oddelku \_\_\_\_\_.

**S podpisom te prošnje odstopam od kakršnihkoli morebitnih kasnejših zahtev glede ugotavljanja vzroka smrti pri umrlem. S podpisom te prošnje se strinjam z ugotovljenim vzrokom smrti.**

Datum in ura: \_\_\_\_\_ Podpis svojca oz. zakonitega zastopnika: \_\_\_\_\_

**Strinjam se z zahtevo po odstopu od obdukcije:**

Odgovorni zdravnik oddelka (kjer je pacient umrl):

\_\_\_\_\_  
 (datum, ura, žig in podpis)

Predstojnik/namestnik predstojnika oddelka ali pooblaščen zdravnik specialist

\_\_\_\_\_  
 (datum, ura, žig in podpis)

Opombe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_