

Pacientu _____ roj. _____, ki je hospitaliziran na _____ oddelku, je dovoljen izhod od dne _____ ob _____ uri, do dne _____ do _____ ure, zaradi:

- ☐ neodločljivih osebnih oziroma družinskih obveznosti;
- ☐ izhoda ob koncu tedna;
- ☐ drugih obveznosti.

Pacient je seznanjen, da mora v času odsotnosti poleg svojih redno predpisanih zdravil jemati še naslednja zdravila:

Ime zdravila, odmerek, način jemanja	Posebnosti

Ostala navodila:

Pacient s podpisom potrjuje, da bo v času izhoda upošteval navodila zdravstvenega osebja, se vrnil na oddelok v dogovorjenem času in se zaveda, da bo v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja zaradi samovoljnega ravnanja **v celoti sam odgovoren za morebitne posledice**, vključno s poravnavo morebitnih dodatnih stroškov v zvezi s tem.

Datum:		Datum:	
Ura:		Ura:	
Podpis pacienta:		Podpis in žig zdravnika:	

Pacient **se je** vrnil z dovoljenega izhoda dne _____ ob _____ uri.

Podpis medicinske sestre ali zdravnika _____

IZPOLNITI, V KOLIKOR SE PACIENT NI VRNIL IZ DOVOLJENEGA IZHODA OB DOGOVORJENI URI

Ukrepi (označiti):

<input type="checkbox"/> Klic pacienta / starša / skrbnika	Klic opravil/a (ime in priimek):
--	----------------------------------

<input type="checkbox"/> Odziv na klic DA
<input type="checkbox"/> Pacient / starš / skrbnik pove, da se bo vrnil
<input type="checkbox"/> Pacient se je vrnil z dovoljenega izhoda dne _____ ob _____ uri.
Podpis medicinske sestre ali zdravnika

<input type="checkbox"/> Odziv na klic NE
<input type="checkbox"/> Seznanitev zdravnika, ki samovoljno zapustitev zapiše v odpustno pismo