
klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva

identifikacijska številka (št. ZZS)

prebivališče

SPLOŠNI OBRAZEC

PRIVOLITEV V OPERATIVNI ALI DIAGNOSTIČNI POSEG / PREISKAVO PO POJASNILU

UKC Maribor izvaja celovito hospitalno in ambulantno specialistično dejavnost na sekundarni in terciarni ravni. Prizadevanja sledijo smernicam strateškega razvoja, to pomeni zagotoviti visoke strokovne in etične standarde dela za bolnika. Namen in cilj je podati kakovostno pojasnilo bolniku ter pridobiti privolitev v operativni ali diagnostični poseg / preiskavo po pojasnilu, v skladu z zakonskimi zahtevami, zahtevami stroke in standardov.

Pojasnilo

(Pojasnilo izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveni oskrbi.)

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

☐ Drug postopek: _____

3. Pojasnilo

Pacientu sem ustno pojasnil predlagani poseg / preiskavo in tveganja, ki lahko postanejo nujni med posegom / preiskavo, ga seznanil s pogostimi tveganji, 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 na voljo: _____

3.2 Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe

Pacientu sem ustno razložil vsebino rubrik 1 do 3

☐ DA ☐ NE

Pacient je na podlagi pojasnila dobil dodatna pojasnila

☐ DA ☐ NE

Datum in ura: _____

Podpis pojasnjevalca: _____

Opombe (npr.: pacient se ni zmožen podpisati sam, pacient se ne želi podpisati, kljub ustni privolitvi, pacient ni sposoben odločanja o sebi, pacient ima zdravstvenega pooblaščenca, pacient si je premislil oz. naknadno zavrnil zdravstveno oskrbo, potreben je prevajalec, ...)

Privolitev

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo in privolitev dajem svobodno.

Razumem, da bo kakršen koli postopek, ki mi ni bil predhodno pojasnjen, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

V kolikor bo med zdravniškim posegom nastala potreba po splošni oz. lokalni anesteziji ali po transfuziji krvi, na vse pristajam, potem, ko sem razumel pojasnila in razlago glede morebitnih stranskih učinkov in zapletov.

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

-
-

Izjavljam, da je pojasnjevalec pojasnil tveganja, koristi in alternative postopka, in da sem dobil zadovoljive odgovore na vsa vprašanja v zvezi s postopkom zdravstvene obravnave.

Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel, ter posledice privolitve.

Datum in ura: _____

Podpis pacienta: _____

Privolitev s pomočjo prič

(Pacient je privolil v zdravstveno oskrbo, a se ni zmožen podpisati sam oz. se kljub volji privolitvi ne želi podpisati.)

Priimek in ime priče

Priimek in ime priče

Datum in ura: _____

Datum in ura: _____

Podpis: _____

Podpis: _____

Privolitev po zakonitem zastopniku ali drugih osebah

(Če pacient ni sposoben odločanja o sebi.)

Izpolni zakoniti zastopnik (starši, skrbnik)

Priimek in ime (lastnoročno tiskano)

Priimek in ime (lastnoročno tiskano)

Razmerje do pacienta

Razmerje do pacienta

Rojstni datum ali EMŠO

Rojstni datum ali EMŠO

Kontaktne podatke

Kontaktne podatke

Datum in ura: _____

Datum in ura: _____

Podpis: _____

Podpis: _____

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: _____

Podpis prevajalca: _____

Datum in ura: _____