

klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva

identifikacijska številka (št. ZZSS)

nrehivališče

Zavrnitev zdravstvene oskrbe po pojasnilu

Pojasnilo

Pacient _____ rojen _____

s stalnim bivališčem _____

izjavljam, da mi je zdravnik _____

podrobno in jasno razložil moje bolezensko stanje, predlagani poseg oz. zdravstveno oskrbo, predviden način in potek zdravljenja, opozoril na možne zaplete, ter resna in pomembna tveganja, ki spremljajo zdravljenje in lahko ogrozijo moje zdravje ali življenje ter posledice, ki mi lahko nastanejo zaradi opustitve zdravljenja.

Diagnoza moje bolezni je _____

S pojasnili in odgovori zdravnika v zvezi z zdravljenjem in s predlaganimi posegi sem natančno seznanjen in jih razumem.

Podpis zdravnika

Podpis pacienta

Zavrnitev

Ne strinjam se z medicinskim posegom in zdravstveno oskrbo in zavrnitev dajem svobodno.

Razumem pomen in posledice zavrnitev.

Podpis pacienta

Datum in ura: _____

Zavrnitev zdravstvene oskrbe lahko ogrozi življenje drugih ali huje ogrozi njihovo zdravje:

Obrazložitev:

DA

NE

Podpis zdravnika

Datum in ura: _____

Opombe (npr.: pacient se ni zmožen podpisati sam, pacient se ne želi podpisati, pacient ni sposoben odločanja o sebi, pacient ima zdravstvenega pooblaščenca, potreben je prevajalec,...)

Zavrnitev po zakonitem zastopniku ali drugih osebah (če pacient ni sposoben odločanja o sebi)	
Priimek in ime (lastnoročno tiskano)	
Razmerje do pacienta	
Rojstni datum ali EMŠO	
Kontaktne podatke	
Datum in ura	Podpis
Priimek in ime (lastnoročno tiskano)	
Razmerje do pacienta	
Rojstni datum ali EMŠO	
Kontaktne podatke	
Datum in ura	Podpis

Zavrnitev s pomočjo priče (Pacient je zavrnil poseg in zdravilno oskrbo, a ni zmožen podpisati sam oz. se kljub temu zavezuje, da ne želi podpisati.)	
Priimek in ime priče	Priimek in ime priče
Datum in ura	Datum in ura
Podpis	Podpis