

NALEPKA PACIENTA

klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva

identifikacijska številka (št. ZZZS)

nrehivališče

Privolitev v prisotnost drugih oseb

Ker je zdravstvena ustanova, v kateri bom deležen zdravstvene oskrbe tudi učna ustanova, **dovoljujem**, da so pri zdravstveni oskrbi, za potrebe zdravstvenega izobraževanja, prisotne naslednje kategorije oseb:

Študentje ali dijaki izobraževalnih ustanov s področja zdravstva	☐ DA ☐ NE	Omejitve oziroma druge opombe
Zdravniki ali drugi zdravstveni delavci in sodelavci zaradi izpopolnjevanja ali usposabljanja	☐ DA ☐ NE	Omejitve oziroma druge opombe
Drugo	☐ DA ☐ NE	Omejitve oziroma druge opombe
Datum in ura		
Podpis pacienta		
Opomba (osebe, katere pacient želi, da so navzoče, če je to na naravo medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe nedeljivo)		