



Obrazac

MU-KK-01.6.1.2. F01

Varijanta:
05

Izjava o specijalnoj saglasnosti

Izdato:
02.03.2018.

Operacija/intervencija	
1	Razlog planirane operacije/intervencije (dijagnoza/simptom)
2	Naziv/tip planirane operacije/intervencije
3	Planirano vreme operacije/intervencije
4	Operater/osoba koja vrši intervenciju
5	Od strane pacijenta navedeni prethodni događaji, trenutno stanje koje je bitno u pogledu operacije/intervencije
6	Pripreme i davanje lekova koji su potrebni za operaciju/intervenciju
7	Kratak opis operacije/intervencije
8	Moguće češće komplikacije
9	Zadaci nakon operacije/intervencije
10	Poznate informacije od lekara koji leči pacijenta, koje se odnose jedino na pacijenta

U interesu efikasnosti lečenja svesno svojoj odgovornosti i u svom interesu potpuno iskreno ću odgovarati na postavljena pitanja i daću obaveštenje o svakoj bitnoj činjenici, okolnosti koja mi je poznata. Svestan sam toga, da pritajenje ovih činjenica može prouzrokovati, povećati faktor rizika potrebnog lečenja koje se vrši sa mojom saglasnošću.

Shvatio sam i primio sam na znanje usmeno i pismeno obaveštenje pacijentu sa identifikacionim brojem * koje pripada ovoj izjavi o saglasnosti, dobio sam zadovoljavajuće, razumljive odgovore na moja pitanja u vezi sa preporučenim načinom lečenja, mogućim komplikacijama i očekivanim ishodom intervencije.

Primam na znanje, da se i u slučaju stručne intervencije mogu desiti unapred neočekivane komplikacije, koje mogu nepovoljno uticati na očekivano vreme i rezultat ozdravljenja.

Izjavljujem, da ću se u slučaju sumnje/uočenja eventualne komplikacije odmah javiti kod medicinske službe. Primam na znanje da u slučaju propuštanja usaglašenih kontrolnih pregleda i nepridržavanja instrukcija, za posledice koje će eventualno nastati iz ovoga, odgovornost tereti mene.

Datum:

Nakon pročitavanja obaveštenja pacijentu* i usmeng obaveštenja **pristajem** na preporučenu operaciju/intervenciju.

.....
potpis pacijenta potpis osobe koja je ovlašćena na davanje izjave potpis lekara

Nasuprot pročitavanja obaveštenja pacijentu* i usmeng obaveštenja **ne pristajem** na preporučenu operaciju/intervenciju.

.....
potpis pacijenta potpis osobe koja je ovlašćena na davanje izjave potpis lekara

Sa *-om označeni deo se briše, ukoliko nisu upotreбили pismeno obaveštenje pacijentu.