

Privolitev v zdravstveno oskrbo po pojasnilu**PODATKOVNI DEL:**

Podatki o pacientu/nalepka			
Priimek in ime:			
Datum in kraj rojstva:			
Prebivališče:			
ZZSZ številka zavarovane osebe:			
Pacient je prejel kopijo (ustrezno označi):	Da ☐	Ne ☐	
Posebne zahteve (na primer drugačen jezik / drugačna komunikacijska metoda):			
Odgovorni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki daje pojasnilo:			

Podatki o izvajalcu zdravstvenih storitev	
Naziv izvajalca:	
Organizacijska enota:	
Naslov:	
Telefon:	

POJASNILNI DEL:

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

1. Razlog obravnave:

1.1. Glavna diagnoza (šifra MKB):

1.2. Dodatne diagnoze (šifra MKB):

2. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev):

2.1. Način izvedbe oziroma potek:

2.2. Kakršni koli dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom (ustrezno označi):

- Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov ☐
- Drug postopek (navedba vseh dodatnih morebitnih postopkov) ☐

2.3. Ta postopek bo vključeval (ustrezno označi):

2.3.1. Splošno anestezijo ☐

2.3.2. Lokalno anestezijo ☐

2.3.3. Sedacijo ☐

3. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti:

4. Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe:
Kontaktne podrobnosti (če želi pacient razpravljati o različnih možnostih diagnostike in zdravljenja kasneje):

Izjava pojasnjevalca (ustrezno označi):	
Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 5:	DA ☐ NE ☐
Pacient je na podlagi vprašanj prejel dodatna pojasnila*:	DA ☐ NE ☐
(* če jih je pacient zahteval)	
Pacient ima na razpolago dodatno gradivo:	
Priimek in ime pojasnjevalca (tiskano):	
Poklicni naziv pojasnjevalca (tiskano):	
Datum:	Podpis pojasnjevalca:

Izjava prevajalca oziroma tolmača :
Pacientu sem prevajal oziroma tolmačil zgoraj navedene informacije po svojih najboljših sposobnostih in na način, ki verjamem, da ga je zmožen razumeti.

Priimek in ime prevajalca(<i>tiskano</i>):	
Poklicni naziv prevajalca (<i>tiskano</i>):	
Datum:	Podpis prevajalca:

PRIVOLITVENI DEL:

Pacientova izjava o PRIVOLITVI
Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu.
Privolitev dajem svobodno .
Razumem pomen in posledice privolitve.
Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.
Razumem , da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje (to se lahko nanaša le na paciente, ki se potrebujejo splošno ali lokalno anestezijo).
Razumem , da bo kakršen koli postopek poleg teh, navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

Pacientova prepoved	
Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Spodaj sem naštel postopke, za katere NE želim, da bi bili izvedeni:	
Podpis pacienta:	Datum in ura:
Priimek in ime (lastnoročno tiskano):	

Potrditev privolitve - neobvezno (izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, potem ko se pacienta sprejme za postopek, če je pacient že predhodno podpisal obrazec)	
V imenu skupine, ki zdravi pacienta, sem skupaj s pacientom potrdil, da nima nobenih nadaljnjih vprašanj in želi nadaljevati s postopkom.	
Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	
Poklicni naziv (<i>tiskano</i>):	
Datum:	Podpis:

Privolitev po zakonitem zastopniku ali drugih osebah (če pacient ni sposoben odločanja o sebi)	
Podpis:	Datum in ura:
Priimek in ime (lastnoročno tiskano):	Razmerje do pacienta:

Rojstni datum ali EMŠO:	Kontaktne podatke:

Podpis:	Datum in ura:
Priimek in ime (lastnoročno tiskano):	Razmerje do pacienta:
Rojstni datum ali EMŠO:	Kontaktne podatke:

Opombe:

3. Soglasje konzilija ali drugega zdravnika	
Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	
Poklicni naziv (<i>tiskano</i>):	
Drugi kontaktne podatke:	
Datum:	Podpis:

Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	
Poklicni naziv (<i>tiskano</i>):	
Drugi kontaktne podatke:	
Datum:	Podpis:

Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	
Poklicni naziv (<i>tiskano</i>):	

Drugi kontaktni podatki:	
Datum:	Podpis:

Opombe:

<u>DOPOLNILNI DEL(neobvezno):</u>
--

Odločitev zdravnika, če druge osebe ne dosežejo soglasja	
Zdravstvena oskrba se izvede klub nesoglasju drugih oseb: :DA ☐ NE ☐	
Obrazložitev:	
Priimek in ime (tiskano):	
Poklicni naziv (tiskano):	
Datum:	Podpis:

<i>Privolitev s pomočjo prič - neobvezno</i> <i>(priči se morata podpisati spodaj, če se pacient, ki je dal privolitev, ni zmožen sam podpisati, ali če se kljub ustni privolitvi ne želi podpisati)</i>	
Podpis:	Datum in ura:
Priimek in ime (lastnoročno tiskano):	Razmerje do pacienta:
Rojstni datum ali EMŠO:	Kontaktni podatki:

Podpis:	Datum in ura:
Priimek in ime (lastnoročno tiskano):	Razmerje do pacienta:
Rojstni datum ali EMŠO:	Kontaktne podatke:

Opomba(označite in dopišite):
Pacient je ustno privolil, vendar je zavrnil podpis. ☐
Razlog zavrnitve podpisa:

<i>Pomembne opombe (označite, če ustreza in dopišite, kjer je to potrebno):</i>
☐ Pacient se je premislil oziroma naknadno zavrnil zdravstveno oskrbo
Podpis in datum pacienta (če želi):
☐ Pacient je podal vnaprejšnjo izjavo volje glede zavrnitve zdravstvene oskrbe v primeru nesposobnosti odločanja o sebi (34. člen ZPacP) /priložiti kopijo izjave, če je dostopna/
☐ Pacient je podal vnaprejšnjo izjavo glede vzdrževanja pri življenju.
Vsebina (ali priložiti listino):
☐ Pacient ni sposoben odločanja o sebi.
Razlog:
☐ Pacient ima zdravstvenega pooblaščenca. (priložiti kopijo pooblastila, če je dostopna)

☐ Pacient ni sposoben podati privolitve v pisni obliki.
Razlog:

<i>Druge opombe(izpolni pacient ali zdravstveni delavec):</i>