

Zavrnitev zdravstvene oskrbe 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:

ZAVRNITVENI DEL:**Pacientova izjava o zavrnitvi**

Ne strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu.

Zavrnitev dajem **svobodno**.

Razumem pomen in posledice zavrnitve.

Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.

Osebna zavrnitev pacienta

Podpis pacienta:

Datum in ura:

Priimek in ime (lastnoročno tiskano):

Zavrnitev 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 podatki:

Podpis:

Datum in ura:

Priimek in ime (lastnoročno tiskano):

Razmerje do pacienta:

Rojstni datum ali EMŠO:

Kontaktne podatki:

DOPOLNILNI DEL:**1. Zavrnitev s pomočjo prič - neobvezno**

(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)

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:

2. Pomembne opombe *(označite, če ustreza in dopišite, kjer je to potrebno):*

2.1. Pacient je zdravstveno oskrbo sicer zavrnil, vendar ni želel podpisati obrazca ZP:

DA ☐ NE ☐

Podpis zdravstvenega delavca:	Datum:
Ime in priimek (tiskano):	Delovni naziv:
Obrazložitev:	

--

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

DA ☐ NE ☐

Obrazložitev:

2.3. Zavrnitev zdravstvene oskrbe po zakonitem zastopniku ali drugih osebah se upošteva:

DA ☐ NE ☐

Obrazložitev:

3. Druge opombe (izpolni pacient oziroma zdravstveni delavec):