

Izjava o izključitvi oseb, ki so po zakonu upravičene odločati o zdravstveni oskrbi pacienta

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:	

Spodaj naštetim osebam PREPOVEDUJEM, da bi odločale o mojem zdravstveni oskrbi, v primeru če sam ne bi bil sposoben tovrstnega odločanja.
Spodaj naštetim osebam OMEJUJEM pravico do odločanja o moji zdravstveni oskrbi
 (ustrezno označite, ter v primeru omejitev le-te dopišite).

Kategorije oseb, ki bi bile po zakonu upravičene odločati o zdravstveni oskrbi						
	zakoniti zastopnik (skrbnik ali starši)	polnoletni zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz istospolne partnerske skupnosti	polnoletni otroci ali posvojenci	polnoletni bratje in sestre	stari starši	polnoletni vnuki
Omejitvena ¹ izjava	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vrste omejitve ali druge opombe						
Izključitvena ² izjava	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Za odločanje o zdravstveni oskrbi sem določil zdravstvenega pooblaščenca (ustrezno označite):

DA ☐

NE ☐

Podpis pacienta:

Datum in ura:

¹ Označite, če želite osebi postaviti določene omejitve pri odločanju o Vaši zdravstveni oskrbi in v sosednjo vrstico vpišite želene omejitve.

² Označite, če ne želite, da oseba odloča o Vaši zdravstveni oskrbi.