

Vnaprejšnja zavrnitev zdravstvene oskrbe

Podatki o pacientu/nalepka			
Priimek in ime:			
Datum in kraj rojstva:			
Prebivališče:			
ZZSZ številka zavarovane osebe:			
Pacient je prejel kopijo (ustrezno označi):	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	

1. Na podlagi pojasnil zastopnika pacientovih pravic in izbranega osebnega zdravnika, ob polni zavesti, ob zavedanju pomena in posledic izjave ter tehtnem premisleku

I Z J A V L J A M, da v primeru:

- moje nesposobnosti odločanja o lastni zdravstveni oskrbi IN
- če bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustrezni zdravstveni oskrbi in takšna zdravstvena oskrba ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanje zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje ALI
- če bi mi zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bi dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase

NE DOVOLJUJEM NASLEDNJE ZDRAVSTVENE OSKRBE :

2. Potrditev in pojasnila zastopnika pacientovih pravic in izbranega osebnega zdravnika:

- oseba je dopolnila 18 let starosti,
- oseba je sposobna odločanja o sebi,
 - izjavo je podpisala oseba, ki je navedena na prvi strani,
 - osebi je bilo pojasnjeno, da je čas veljavnosti izjave 5 let,
 - oseba je prejela izčrpna pojasnila o pomenu in posledicah vnaprejšnje izjave volje, zlasti:

3. Kraj in hramba izjave:

PODPIS PACIENTA:	DATUM IN URA:
------------------	---------------

IZBRANI OSEBNI ZDRAVNIK:	DATUM IN URA:
PODPIS:	

ZASTOPNIK PACIENTOVIH PRAVIC:	DATUM IN URA:
PODPIS:	