

Privolitev v prisotnost drugih oseb**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:	

1. Zdravstveni poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratek opis):

2. Želim, da so pri zdravstvenem posegu iz prejšnje točke navzoče naslednje osebe:

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

3. Ker je zdravstvena ustanova, v kateri bom deležen zdravstvene oskrbe tudi učna ustanova, **DOVOLJUJEM**, da so pri zdravstveni oskrbi iz 1. točke za potrebe zdravstvenega izobraževanja prisotne naslednje kategorije oseb (označi v sredinskem stolpcu):

Študentje ali dijaki izobraževalnih ustanov s področja zdravstva, sociale, farmacije in pedagogike	DA ☐ NE ☐	Omejitve oziroma druge opombe:
Zdravniki ali drugi strokovnjaki zaradi izpopolnjevanja ali usposabljanja:	DA ☐ NE ☐	Omejitve oziroma druge opombe:
Drugo:		Omejitve oziroma druge opombe:

4. Privolitev pacienta:

PODPIS PACIENTA:

DATUM IN URA: