

Priloga 11: Odklonitev zdravstvene oskrbe/reševalnega prevoza

**ODKLONITEV OSKRBE / OBRAVNAVE / REŠEVALNEGA PREVOZA**
(zavrnitev zdravstvene oskrbe po pojasnilu)**1. Pacientova izjava o zavrnitvi**Spodaj podpisani(a) _____, rojen(a) _____
(ime in priimek- lastnoročno tiskano) (datum rojstva)

svobodno odklanjam

- a) prvo in nujno medicinsko pomoč,
- b) reševalni prevoz.

izjavljam, da sem bil s strani osebja zunajbolnišnične službe NMP _____ na kraju dogodka seznanjen s posledicami moje zavrnitve za moje zdravje in stroški v zvezi z intervencijo zunajbolnišnične službe NMP. Razumem pomen in posledice moje zavrnitve. Prav tako razumem vsa pojasnila, ki sem jih prejel s strani zdravstvenega osebja.

_____, _____, _____, _____
(podpis pacienta) (kraj) (datum) (ura)**2. Zavrnitev po zakonitemu zastopniku ali drugih osebah**
(če pacient ni sposoben odločanja o sebi)

A. _____, _____, _____, _____:_____ (ura)
 (podpis) (kraj) (datum)

 (ime in priimek - lastnoročno tiskano) (datum rojstva) (razmerje do pacienta)

 (kontaktni podatki o zakonitem zastopniku ali drugi osebi)

B. _____, _____, _____, _____:_____ (ura)
 (podpis) (kraj) (datum)

 (ime in priimek- lastnoročno tiskano) (datum rojstva) (razmerje do pacienta)

 (kontaktni podatki o zakonitem zastopniku ali drugi osebi)

3. Zavrnitev s pomočjo prič

(če se pacient, ki je zavrnil oskrbo / prevoz, ni zmožen sam podpisati, ali če se kljub ustni odklonitvi ne želi podpisati)

A. _____, _____, _____, _____:_____ (ura)
 (podpis) (kraj) (datum)

 (ime in priimek- lastnoročno tiskano) (datum rojstva) (razmerje do pacienta)

 (kontaktni podatki)

B. _____, _____, _____, _____:_____ (ura)
 (podpis) (kraj) (datum)

 (ime in priimek- lastnoročno tiskano) (datum rojstva) (razmerje do pacienta)

 (kontaktni podatki)

4. O odklonitvi obveščen

dispečerska služba zdravstva policija (pobeg, nasilje)

zdravnik _____, _____
 (ekipa NMP) (ime in priimek)

Navodila za ekipo NMP ob pacientu:

- _____
 Pacient je zdravstveno oskrbo / prevoz sicer zavrnil, vendar obrazca ni želel podpisati!
 Zavrnitev zdravstvene oskrbe / prevoza lahko ogrozi življenje drugih ali huje ogrozi njihovo zdravje!

_____, _____, _____:_____ (ura) (podpis)
 (priimek in ime ter naziv zdr. delavca – lastnoročno tiskano) (datum)