

**Priloga 1**

**OBRAZEC ZA OPREDELITEV V ZVEZI Z DAROVANJEM DELOV ČLOVEŠKEGA TELESA  
ZARADI ZDRAVLJENJA**

**A. Podatki o osebi**

Ime in priimek: .....

Datum rojstva: .....

Prebivališče (ulica, hišna številka, kraj):

Stalno prebivališče:.....

Začasno prebivališče: .....

Št. KZZ .....

Vrsta in št. drugega osebnega dokumenta:

.....

**B. Podatki o osebnem zdravniku in dveh polnoletnih pričah** (izpolni, če oseba ne more podati pisne ali elektronske opredelitve in se opredeli ustno v prisotnosti izbranega osebnega zdravnika in dveh polnoletnih prič).

Ime in priimek osebnega zdravnika: .....

Zaposlen (naziv ustanove): .....

**Podpis osebnega zdravnika**

.....

Ime in priimek priče:

.....

Datum rojstva: .....

Prebivališče (ulica, hišna številka, kraj):

.....

**Podpis priče**

.....

Ime in priimek priče: .....

Datum rojstva: .....

Prebivališče (ulica, hišna številka, kraj):

.....

**Podpis priče**

.....

**Navedba razloga za nezmožnost pisne opredelitve:**

.....  
.....  
.....  
.....

**C. Podatki o pooblaščenih osebah organa ali organizacije:**

Organ ali organizacija: .....

Ime in priimek pooblaščene osebe: .....

**Žig**

**Podpis pooblaščene osebe**

.....

**D. Opredelitev (obkroži)**

- Izjavljam, da sem prostovoljni darovalec delov človeškega telesa zaradi presaditve in dovoljujem, da se jih po moji smrti odvzame in presadi drugemu človeku, ki jih nujno potrebuje zaradi zdravljenja.
- Izjavljam, da nasprotujem darovanju delov človeškega telesa po moji smrti.

**E. Pojasnila o pomenu opredelitve**

S podpisom izjave ste izrazili bodisi strinjanje bodisi nasprotovanje darovanju delov vašega telesa zaradi zdravljenja s presaditvijo.

Vašo opredelitev lahko kadarkoli prekličete in se na novo opredelite.

**F. Izjave**

Seznanjen/na sem z vsemi vidiki opredelitve.

Izjavljam, da sem bil seznanjen, da lahko kadarkoli prekličem opredelitev.

Izjavljam, da me je pooblaščen oseb seznanila s pomenom podpisa opredelitve in mi odgovorila na vsa vprašanja v zvezi s podpisom obrazca in vpisom v elektronsko zbirko podatkov.

Dovoljujem, da se podatki glede opredelitve shranijo v elektronski zbirki podatkov.

**Kraj in datum****Podpis osebe**

.....

.....

**G. Izpolni Slovenija-transplant****Kraj in datum vnosa v elektronsko zbirko podatkov****Podpis pooblaščen osebe**

.....

.....