PRILOG II.

IZJAVA O ODBIJANJU
kojom se odbija preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koju sam dobio/la u pisanom obliku odbijam:

_____

(navesti preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti_____

Ustrojstvena jedinica_____

Ime i prezime pacijenta_____

Datum rođenja_____

Spol **M** **Ž**

Mjesto rođenja_____

Adresa stanovanja_____

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju_____

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika_____
(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis i faksimil doktora medicine_____

Mjesto i datum_____

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika_____