	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA: 1/1
	PRAVA PACIJENATA	

SUGLASNOST

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti **prihvaćam:**
(*zaokružite odgovor*)

<p>1. bolničko liječenje i preporučeni dijagnostički i/ili terapijski postupak</p> <p>2. preporučeni rizični dijagnostički i/ili terapijski postupak</p> <p>_____</p> <p>(<i>upisati vrstu postupka</i>)</p>
--


ZAVOD/ ODJEL	
---------------------	--

Prezime i ime pacijenta:	
Datum rođenja pacijenta:	
Spol:	<input type="checkbox"/> muški <input type="checkbox"/> ženski
Mjesto rođenja:	
Adresa stanovanja:	
MBO ili OIB ili broj putovnice ili EU kartica ili broj s certifikata ili broj izbjegličkog kartona:	

Ovu suglasnost potpisujem u svojstvu: (*zaokružite odgovor*)

<p>1. PACIJENTA</p> <p style="text-align: center;">potpis: _____</p>	
<p>2. ZAKONSKOG ZASTUPNIKA / SKRBNIKA</p> <p style="text-align: center;">prezime i ime: _____</p> <p style="text-align: center;">OIB: _____</p> <p style="text-align: center;">potpis: _____</p>	
<p>3. SUGLASNOST NIJE POTPISANA ZBOG SLJEDEĆIH RAZLOGA: (<i>zaokružite odgovore</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Bolesnik je bez svijesti.</p> <p><input type="checkbox"/> Bolesnik ne može razumjeti ili shvatiti obrazloženje zbog oštećenih kognitivnih sposobnosti.</p> <p><input type="checkbox"/> Bolesniku je potreban hitan dijagnostički ili terapijski postupak te se nije moglo čekati da razlozi budu navedeni.</p>	

U Zagrebu, dana _____ (<i>upisati datum</i>)	Potpis i faksimil doktora medicine
---	---

	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA: 2/1
PRAVA PACIJENATA		OB-PP3-1.2

PRAVA PACIJENATA

Pravo na suodlučivanje i iznimka od prava na suodlučivanje

Vaše pravo na suodlučivanje obuhvaća pravo na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje određenog dijagnostičkog ili terapijskog postupka i ono može iznimno biti ograničeno kada je to opravdano Vašim zdravstvenim stanjem.

Pravo na obaviještenost i odbijanje primitka obavijesti

Vaše je pravo da budete potpuno obaviješteni o svome zdravstvenom stanju i ishodu liječenja, preporučenim pregledima i zahvatima, prednostima i rizicima njihovog obavljanja ili neobavljanja te planiranim datumima za njihovo obavljanje, svom pravu na odlučivanje o preporučenim postupcima, o daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite, preporučenom načinu života i pravima iz zdravstvenoga osiguranja.

Nakon svakog postupka, Vaše je pravo da budete obaviješteni o uspjehu ili neuspjehu te rezultatu postupka, o razlozima eventualne različitosti rezultata od očekivanog te biti upoznati s imenom i specijalizacijom liječnika koji Vam izravno pruža zdravstvenu uslugu.

Vaše je pravo pisanom i potpisanom izjavom odbiti primitak obavijesti o prirodi svoga zdravstvenoga stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih postupaka i mjera.

Vaše je pravo da budete obaviješteni čak i u slučajevima kada Vaš pristanak nije uvjet započinjanja terapije (u hitnim slučajevima).

Ako ste osoba s punom poslovnom sposobnošću, ne možete se odreći prava na obaviještenost u slučajevima u kojima morate biti svjesni prirode svoje bolesti, ali imate pravo u pisanom obliku ili na bilo koji drugi vjerodostojan način odrediti osobu koja će umjesto Vas biti obaviještena.

Pravo na obaviještenost o pacijentu s umanjenom sposobnošću rasuđivanja, u skladu s dobi, odnosno s fizičkim, mentalnim i psihičkim stanjem ima njegov zakonski zastupnik/skrbnik.

Pravo na prihvaćanje ili odbijanje dijagnostičkog ili terapijskog postupka

Vaše je pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički ili terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo Vaš život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja Vašeg zdravlja. Prihvaćanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka izražavate potpisivanjem suglasnosti.

Slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluhoslijepa osoba, prihvaća pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak izjavom u obliku javnobilježničkog akta ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime prihvaćati ili odbijati pojedini takav postupak.

Zaštita pacijenta koji nije sposoban dati pristanak

Za pacijenta koji nije pri svijesti, pacijenta s težom duševnom smetnjom te poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije, suglasnost na prihvaćanje dijagnostičkog ili terapijskog postupka potpisuje njegov zakonski zastupnik/skrbnik, koji u interesu pacijenta može suglasnost u bilo koje vrijeme povući potpisivanjem izjave o odbijanju postupka.

Ako su interesi pacijenta i njegovog zakonskih zastupnika/skrbnika suprotstavljeni, dužnost je liječnika odmah o tome obavijestiti **nadležni centar za socijalnu skrb**.

Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti suglasnost zakonskog zastupnika/skrbnika, pacijent će se podvrgnuti dijagnostičkom ili terapijskom postupku samo u slučaju kada bi zbog nepoduzimanja postupka bio neposredno ugrožen njegov život ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja njegovoga zdravlja. Postupak se može provoditi bez pristanka zakonskog zastupnika/skrbnika pacijenta samo dok traje navedena opasnost.