



Општа болница Ваљево

Датум:

ИЗЈАВА О НАПУШТАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

У складу са чланом 27. Закона о правима пацијената („Службени гласник РС“ бр. 45/2013), ја, ЈМБГ бр.,

ИЗЈАВЉУЈЕМ да, на сопствену одговорност, напуштам здравствену установу – Општу болницу Ваљево.

ИЗЈАВЉУЈЕМ и да сам од стране надлежног доктора медицине упознат/а и упозорен/а на последице напуштања здравствене установе, као и да то чиним **свестан/свесна могућих последица и на сопствену одговорност.**

.....
(потпис пацијента, односно његовог законског заступника)

Надлежни доктор медицине

.....

Напомена: Законски заступници пацијента су: родитељ, усвојитељ или старатељ, који дају пристанак на предузимање медицинске мере уколико је пацијент дете или лице лишено пословне способности, или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак на предложено медицинску меру