



Општа болница Ваљево

Датум:

ПРИСТАНАК НА МЕДИЦИНСКУ МЕРУ

У складу са чланом 16. Закона о правима пацијената („Службени гласник РС“ бр. 45/2013), ја, ЈМБГ бр.,

ИЗЈАВЉУЈЕМ да, након што сам од стране надлежног доктора медицине

- усмено и на мени јасан и разумљив начин обавештен/а о дијагнози и прогнози болести,
- што ми је дат кратак опис болести,
- објашњен циљ и значај предложених медицинских мера,
- време трајања и могуће последице предузимања/непредузимања предложених медицинских мера,
- указано на врсту и вероватноћу могућих ризика,
- болне и друге споредне или трајне последице,
- алтернативне методе лечења и/или дијагностике,
- могуће промене стања после предузимања предложених медицинских мера,
- могуће нужне промене у начину живота,
- указано на дејство лекова и могуће споредне последице тог дејства,

ПРИСТАЈЕМ на предузимање предложених медицинских мера у сврху мог лечења и/или дијагностике

ИЗЈАВЉУЈЕМ да сам упознат/а да пристанак на предузимање предложених медицинских мера из претходног става могу опозвати усмено све док не почне извођење те мере, као и за време трајања лечења.

.....
(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 предложеној медицинској мери