

# PISNO SOGLASJE BOLNIKA ZA IZVAJANJE ZDRAVSTVENE OSKRBE

## SPOŠTOVANA BOLNICA, SPOŠTOVANI BOLNIK!

V naši ustanovi ste poiskali pomoč zaradi vaših zdravstvenih težav. O postopkih diagnostike in zdravljenja vas bomo sproti seznanjali. Pri vsakem predlaganem postopku boste imeli pravico do dodatnih informacij, sami pa se boste odločili, ali se s postopkom strinjate ali ne. Pri večjih diagnostičnih posegih in pred napornejšimi načini zdravljenja vas bomo prosili za izrecno strinjanje. Zato prosimo, da načelno privolite v osnovne postopke, ki so potrebni pri diagnostiki in zdravljenju.

1. Strinjam se z osnovnimi diagnostičnimi in terapevtskimi postopki, ki so namenjeni mojemu zdravljenju (t.j. pogovor o zdravstvenih težavah, telesni pregled, jemanje krvi, rentgenske in ultrazvočne preiskave)

DA

NE

Poleg tega vas prosimo tudi za strinjanje, da podatke in vzorce, ki jih pridobimo ob vašem zdravljenju (npr. odvzeto kri, punktate, bioptate), smemo uporabiti v analizah, ki bi lahko izboljšale zdravljenje v prihodnosti. Pri teh analizah vaša identiteta ne bo razkrita.

2. Dovoljujem, da se podatki in vzorci, ki so pridobljeni ob mojem zdravljenju, uporabiti v analizah, ki bi lahko izboljšale zdravljenje v prihodnosti.

DA

NE

Bolnišnica Golnik je univerzitetna učna ustanova. Prosimo vas za dovoljenje, da pri vašem zdravljenju sodelujejo tudi študentje medicine, zdravstvene nege in drugih zdravstvenih dejavnosti.

3. Strinjam se s tem, da sodelujem v učnem procesu zdravstvenih delavcev.

DA

NE

4. Seznanjen/a sem, da je kajenje v bolnišnici z zakonom (Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, Ur.list RS, št.26/2003) prepovedano.

DA

NE

5. Seznanjen/a sem, da sam odgovarjam za vso lastnino, ki jo prinašam s seboj.

DA

NE

Datum

Podpis bolnika/bolnice (starša, skrbnika)

Izjavo lahko kadar koli popravite (dopolnite, prekličete) tako, da pri sobnem zdravniku ali medicinski sestri zahtevate nov obrazec. Do trenutka spremembe velja vaša prvotna odločitev.

Opomba

1.  Zaradi bolnikovega zdravstvenega stanja izjave ni mogoče pridobiti (velja domneva, da se bolnik strinja s točko 1, 2).

2.  Bolnik izjave ne želi izpolniti (velja domneva, da se bolnik strinja s točko 1, 2).

Datum

Podpis zdravnika/zdravnice