**ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР КЊАЖЕВАЦ**

**Датум: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_.године**

 У скалду са чланом 11, 12, 15, 16 и 19 Закона о правима пацијената (,,Сл.Гласник РС, бр. 45/2013 и 25/2019-др. Закон) као и члана 2,3,4 и 6 Правилника о близим условима и начину давања пристанка на медицинску процедуру од:

**ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА ОДНОСНО ЗАКОНСКОГ ЗАСТУПНИКА И ПАЦИЈЕНАТА:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Узима се

**ИЗЈАВА О ПИСАНОМ ПРИСТАНКУ НА ПРЕДУЗИМАЊЕ ПРЕДЛОЖЕНЕ**

**МЕДИЦИНСКЕ МЕРЕ/МЕДИЦИНСКЕ ПРОЦЕДУРЕ**

Пошто сам од надлежног здравственог радника благовремено добио/ла обавештење које ми је било потребно како бих донео/ла одлуку да пристанме, или не пристанме на предложену медицинску меру/процедуру а које је било разумљиво и садржало је:

1. Дијагнозу и прогнозу болести;
2. Кратак опис, циљ и корист од предложене медицинске мере, време трајања и могуће последице предузимања, односно непредузимања предложене медицинске мере;
3. Врсту и вероватноћу могућих ризика и друге споредне или трајне последице;
4. Алтернативне методе лечења;
5. Могуће промене стања после предузимања предложене медицинске мере, као и могуће нужне промене у начичну живота;
6. Дејство лекова и могуће споредне последице тог дејства;
7. Могуће трошкове лечења

Овим путем: изјављујем дам свој пристанак дајем пошто сам на јасан и разумљив начин претходно упознат/а дијагнозом и прогнозом своје болести, могућим последицама предузимања, односно предузимања предложене медицинске мере/медицинске процедуре, врстом и вероватноћом могућих ризика и другим чињеницама од значаја за датум пристанка, што поврђујем својеручним потписом;

Изјаву дао/ла:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис пацијента, односно законског заступника)

|  |
| --- |
| **ОСНОВНИ ПОДАЦИ О ЛИЦУ КОЈЕ ДАЈЕ ПРИСТАНАК** |
| **ИМЕ И ПРЕЗИМЕ**(пацијент односно законски заступник пацијента) |  |
| **ЈМБГ/ЕБЦ/број путне исправе** |  |
| **ДАТУМ РОЂЕЊА** |  |
| **ПОЛ** |  |

**НАЗИВ И ОПИС МЕДИЦИНСКЕ ПРОЦЕДУРЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИМЕ, ПРЕЗИМЕ И ПОТПИС ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА КОЈИ ПРЕДУЗИМА МЕДИЦИНСКУ ПРОЦЕДУРУ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НАЗИВ ОРГАНИЗАЦИОНЕ ЈЕДИНИЦЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДАТУМ И ВРЕМЕ ДАВАЊА САГЛАСНОСТИ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР КЊАЖЕВАЦ**

**Датум: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_.године**

 У скалду са чланом 11, 12, 16 и 19 Закона о правима пацијената (,,Сл.Гласник РС, бр. 45/2013 и 25/2019-др. Закон) као и члана 9 Правилника о близим условима и начину давања пристанка на медицинску процедуру од:

**ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА ОДНОСНО ЗАКОНСКОГ ЗАСТУПНИКА И ПАЦИЈЕНАТА:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Узима се

**ОПОЗИВ ПРИСТАНКА НА ПРЕДЛОЖЕНЕ**

**МЕДИЦИНСКЕ МЕРЕ/МЕДИЦИНСКЕ ПРОЦЕДУРЕ**

Опозивам пристанак за спровођење медицинске процедуре пошто сам на јасан и разумљив начин претходно упознат-а са дијагнозом и прогнозом своје болести, могућим последицама предузимања односно непредузимања предложенне медицинске мере/процедуре, врстом и вероватноћом могућих ризика и другим чињеницама од значаја за дати пристанак, што поврђујем својим потписом..

Опозив дао/ла:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис пацијента, односно законског заступника)

|  |
| --- |
| **ОСНОВНИ ПОДАЦИ О ЛИЦУ КОЈЕ ДАЈЕ ОПОЗИВ** |
| **ИМЕ И ПРЕЗИМЕ**(пацијент односно законски заступник пацијента) |  |
| **ЈМБГ/ЕБЦ/број путне исправе** |  |
| **ДАТУМ РОЂЕЊА** |  |
| **ПОЛ** |  |

**НАЗИВ И ОПИС МЕДИЦИНСКЕ ПРОЦЕДУРЕ ЗА КОЈУ ЈЕ ПРЕТХОДНО ДАТ ПРИСТАНАК:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДАТУМ ДАВАЊА ПРИСТАНКА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИМЕ, ПРЕЗИМЕ И ПОТПИС ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА КОЈИ ПРЕДУЗИМА МЕДИЦИНСКУ ПРОЦЕДУРУ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НАЗИВ ОРГАНИЗАЦИОНЕ ЈЕДИНИЦЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДАТУМ И ВРЕМЕ ДАВАЊА ОПОЗИВА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР КЊАЖЕВАЦ**

**Датум: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_.године**

 У скалду са чланом 11, 12, 17 и 19 Закона о правима пацијената (,,Сл.Гласник РС, бр. 45/2013 и 25/2019-др. Закон) као и члана 2,3 и 8 Правилника о близим условима и начину давања пристанка на медицинску процедуру од:

**ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА ОДНОСНО ЗАКОНСКОГ ЗАСТУПНИКА И ПАЦИЈЕНАТА:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Узима се

**ИЗЈАВА О ОДБИЈАЊУ ПРЕДЛОЖЕНЕ МЕДИЦИНСКЕ МЕРЕ/МЕДИЦИНСКЕ ПРОЦЕДУРЕ**

Изјављујем да, након што сам од стране надлежног здравственог радника, на мени јасан и разумљив начин обавештен/а о дијагнозама и прогнози болести, дат ми је 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 лечењаи/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, одбијам предузимање предложених медицинских мера у сврху мог лечења и/или дијагностике, противно савет лекара, а на своју личну одговорност.

Изјаву дао/ла:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис пацијента, односно законског заступника)

|  |
| --- |
| **ОСНОВНИ ПОДАЦИ О ЛИЦУ КОЈЕ ДАЈЕ ИЗЈАВУ** **О ОДБИЈАЊУ МЕДИЦИНСКЕ ПРОЦЕДУРЕ** |
| **ИМЕ И ПРЕЗИМЕ**(пацијент односно законски заступник пацијента) |  |
| **ЈМБГ/ЕБЦ/број путне исправе** |  |
| **ДАТУМ РОЂЕЊА** |  |
| **ПОЛ** |  |

**НАЗИВ И ОПИС МЕДИЦИНСКЕ ПРОЦЕДУРЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИМЕ, ПРЕЗИМЕ И ПОТПИС ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА КОЈИ ПРЕДУЗИМА МЕДИЦИНСКУ ПРОЦЕДУРУ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НАЗИВ ОРГАНИЗАЦИОНЕ ЈЕДИНИЦЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДАТУМ И ВРЕМЕ ДАВАЊА НЕПРИСТАНКА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**