

ДОМ ЗДРАВЉА ВРШАЦ
АБРАШЕВИЋЕВА ББ
ВРШАЦ

Датум: _____

Служба: _____

На основу члана 17. Закона о правима пацијената ("Сл. гласник РС" бр. 45/2013)



Dom zdravlja Vrsac

ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА КОЈИ ОДБИЈА ПРЕДЛОЖЕНУ МЕДИЦИНСКУ МЕРУ

Пацијент: _____
(име и презиме)

Година рођења: _____

ЈМБГ: _____

Лекарски налаз: _____

Пацијент је обавештен о предложеној дијагностичкој/терапијској процедури

(навести назив процедуре)
и свим ризицима и последицама одбијања предложене мере, односно да из разлога одбијања
могу наступити

(навести укратко суштину дате информације)

Датум давања обавештења: _____ Лекар _____

Пацијент _____ одбија предложену процедуру
(навести име и презиме)

Датум _____

Потпис пацијента

Потпис и факсимил лекара