ДОМ ЗДРАВЉА ВРШАЦ
АБРАШЕВИЋЕВА ББ
ВРШАЦ

СЛУЖБА: _____

Сходно члану 7:11;15;16;17;19; Закона о правима пацијената „Сл.гласник број 45 / 2013 дајем писмену

САГЛАСНОСТ – ПРИСТАНАК

Да сам упознат /а односно обавештен/а од стране свог изабраног лекара о:

Дијагнози и прогнози болести, могућим ризицима и последицама предузимања или непредузимања предложених медицинских мера, дејству лекова и могућим спорадичним последицама, те на основу ове сагласности пристајем на предложену меру.

Датум _____

Име и презиме	Уписати одговор у вези пристанка, сагласности	Св. Потпис пацијента

Дежурни лекар

_____

Потпис и печат