

OPĆA BOLNICA PULA
Djelatnost za citologiju

INFORMIRANI PRISTANAK ZA DIJAGNOSTIČKU PUNKCIJU

Obaviješten(a) sam o prirodi samog zahvata i mogućim posljedicama.
Imao(la) sam priliku postaviti pitanja i dobiti zadovoljavajuće odgovore.
Svjestan(na) sam mogućnosti odbijanja ovog zahvata.

PRISTAJEM da dr. _____, djelatnik Opće bolnice Pula učini dijagnostičku punkciju.
Pristajem na mogućnost da se tkiva koja se uzmu tijekom zahvata šalju na citološke i druge analize i da se mogu slati u druge ustanove.

| | | |
|--------------------------------|---------------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| Ime i prezime tiskanim slovima | Datum rođenja | Potpis |

| | | |
|----------------------------------|---------------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| Ime i prezime roditelja/skrbnika | Datum rođenja | Potpis |

Ovime potvrđujem da je bolesnik/roditelj/skrbnik izjavio u mom prisustvu da je dobio objašnjenje u svezi svrhe, koristi, razumno predvidljivog rizika zahvata, alternativnih mogućnosti, da je dobio tražene odgovore i dao svoj pristanak.

| | |
|-------------------------|--------|
| _____ | _____ |
| Ime i prezime liječnika | Potpis |

Upoznat(a) sam s rizicima ovog medicinskog postupka i svjestan(a) sam dobrobiti koju mogu imati provođenjem istog, svojim potpisom potvrđujem da **ODBIJAM dati PRISTANAK** za dijagnostičku punkciju.

| | | |
|---------------|----------------------------------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| Ime i prezime | Ime i prezime roditelja/skrbnika | Potpis |