

Opća bolnica Pula
Zagrebačka 30

U Puli, dana _____

INFORMIRANI PRISTANAK NA OPERACIJU

Ime i prezime: _____ Datum rođenja: _____

1. **PRISTAJEM na predloženu operaciju:**

_____ na strani: _____

2. Obaviješten(a) sam o rizicima i mogućim komplikacijama operacije
3. Upoznat(a) sam s drugim mogućnostima liječenja i posljedicama neliječenja
4. Pristajem na mogućnost da se tkiva koja se uzmu tijekom zahvata šalju na patohistološke i druge analize te da se mogu slati u druge ustanove u ili izvan RH
5. Bolnica ima moj pristanak za korištenje fotografija ili videosnimke učinjene tijekom zahvata u znanstvene i edukativne svrhe ako na njima nisam prepoznatljiv(a) **DA** **NE**

Imao(la) sam prilike postaviti pitanja i dobiti zadovoljavajuće odgovore. Razumijem da operacija ima rizike i da je moguć neočekivani ishod.

Svjestan(na) sam mogućnosti odbijanja operacije.

Svojim potpisom potvrđujem da sam pročitao(la) i razumio(la) tekst.

Potpis bolesnika

Ime i prezime roditelja/skrbnika/; Datum rođenja; Potpis roditelja/skrbnika

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

Ime i prezime liječnika

Potpis liječnika

Upoznat(a) sam s rizicima operacije i svjestan(a) sam dobrobiti koju mogu imati provođenjem iste, svojim potpisom potvrđujem da **ODBIJAM dati PRISTANAK** na operaciju.

Ime i prezime

Ime i prezime roditelja/skrbnika

Potpis