

	Prava pacijenta	Oznaka dokumenta: OBN-SUG-PAL
	Suglasnost za izvođenje palijativne skrbi	Izdanje: 1 Vrijedi od: 30.01.2018. Stranica: 3

Pismena suglasnost pacijenta za izvođenje palijativne skrbi

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum rođenja: ____/____/____

Spol: ☐ Ž ☐ M

Adresa stanovanja: _____

OIB: _____

KONTAKT TELEFON: _____

Poštovani/poštovana:

Upoznat ćemo Vas sa cijelim postupkom palijativne skrbi. Za svaki predloženi postupak imate pravo na dodatne informacije i odluku o tome slažete li se s postupkom ili ne. Međutim, molimo da načelno pristanete na osnovne postupke koji su potrebni za zbrinjavanje vaših tegoba.

1. Upoznat/a sam s načelima palijativne skrbi i slažem se s njezinom provedbom, kao što mi je liječnik objasnio u razgovoru.

☐ Da ☐ Ne

2. Slažem se da se podaci dobiveni tokom moje palijativne skrbi mogu koristiti u analizama koje bi u budućnosti mogle poboljšati palijativnu skrb.

☐ Da ☐ Ne

Potpis pacijenta

Potpis i faksimil liječnika

U Našicama, ____/____/20____.

	Prava pacijenta	Oznaka dokumenta: OBN-SUG-PAL
	Suglasnost za izvođenje palijativne skrbi	Izdanje: 1 Vrijedi od: 30.01.2018. Stranica: 3

Pismena suglasnost zakonskog zastupnika odnosno skrbnika za izvođenje palijativne skrbi

Podaci o pacijentu

Ime i prezime pacijenta: _____	
Datum rođenja: ____/____/____	Spol: ☐ Ž ☐ M
Adresa stanovanja: _____	
OIB: _____	

Podaci o zakonskom zastupniku odnosno skrbniku

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika: _____	
Datum rođenja: ____/____/____	Spol: ☐ Ž ☐ M
Adresa stanovanja: _____	
OIB: _____	
KONTAKT TELEFON: _____	

Poštovani/poštovana:

Upoznat ćemo Vas sa cijelim postupkom palijativne skrbi. Za svaki predloženi postupak imate pravo na dodatne informacije i odluku o tome slažete li se s postupkom ili ne. Međutim, molim da načelno pristanete na osnovne postupke koji su potrebni za zbrinjavanje pacijentovih tegoba.

1 .Upoznat/a sam s načelima palijativne skrbi i slažem se s njezinom provedbom na pacijentu kojeg zastupam, kao što mi je liječnik objasnio u razgovoru.

☐ Da ☐ Ne

2. Slažem se da se podaci dobiveni tokom palijativne skrbi za pacijenta mogu koristiti u analizama koje bi u budućnosti mogle poboljšati palijativnu skrb.

☐ Da ☐ Ne

Potpis zakonskog zastupnika

Potpis i faksimil liječnika

U Našicama, ____/____/20____.

	Prava pacijenta	Oznaka dokumenta: OBN-SUG-PAL
	Suglasnost za izvođenje palijativne skrbi	Izdanje: 1 Vrijedi od: 30.01.2018. Stranica: 3

Upute za dobivanje pismenog pristanka pacijenta ili zakonskog zastupnika, za uključivanje u palijativnu skrb

- Zakonski zastupnik, odnosno skrbnik, daje suglasnost za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom, te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta.
- Izabrani liječnik ili nadležni liječnik mora pacijenta ili zakonskog zastupnika obavijestiti o prirodi bolesti, prognozi i daljnjim predloženim postupcima skrbi za pacijenta.. Pacijent/zakonski zastupnik mora znati da je palijativna skrb usmjerena na ublažavanje tegoba koje su posljedica kronične uznapredovale bolesti, a ne na liječenje.
- Pacijent odnosno njegov zakonski zastupnik mora biti obaviješten o svakom postupku, te ima puno pravo da postupak odbije.
- Pacijenta odnosno njegovog zakonskog zastupnika valja obavijestiti da će u procesu njegove skrbi povremeno sudjelovati studenati medicine i zdravstvene njege, kao i neke druge osobe u procesu edukacije.