

<b>DOM ZDRAVLJA</b> Primorsko-goranske županije	<b>ZDRAVSTVENE USLUGE</b>
<b>IZJAVA</b> O ODBIJANJU	Oznaka dok.: OP IZ-ODB Datum: 08.03.18. Izdanje: 1 Str.: 1/1

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koju sam dobio/la u pisanom obliku odbijam:

\_\_\_\_\_

*(naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka)*

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti: **Dom zdravlja Primorsko-goranske županije**

Ustrojstvena jedinica: **Odjel** \_\_\_\_\_

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_ Spol: M Ž

Mjesto i datum rođenja: \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ime i prezime zakonskog zastupnika / skrbnika: \_\_\_\_\_  
*(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)*

Potpis i faksimil liječnika: \_\_\_\_\_

Mjesto i datum: Rijeka, \_\_\_\_\_ 201\_\_.

**Potpis pacijenta / zakonskog zastupnika / skrbnika:** \_\_\_\_\_