DOM ZDRAVLJA Primorsko-goranske županije	ZDRAVSTVENE USLUGE
SUGLASNOST KOJOM SE PRIHVAĆA PREPORUČENI DIJAGNOSTIČKI, ODNOSNO TERAPIJSKI POSTUPAK	Oznaka dok.: OP SUGL OP 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 prihvaćam:

_____

(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: _____