

PRIVOLITEV S POMOČJO PRIČ (priči se morata podpisati spodaj, če se pacient, ki je dal privolitev, ni zmožen sam podpisati, ali če se kljub ustni privolitvi ne želi podpisati)	
1. Priimek in ime priče (lastnoročno tiskano)	
Datum in ura	
Razmerje do pacienta	
Rojstni datum ali EMŠO	
Podpis	
2. Priimek in ime priče (lastnoročno tiskano)	
Datum in ura	
Razmerje do pacienta	
Rojstni datum ali EMŠO	
Podpis	
POMEMBNE OPOMBE (označite ali podpišite)	
<input type="radio"/> Pacient je ustno privolil, a je zavrnil podpis	Razlog zavrnitve podpisa Ime in priimek izpraševalca tiskano _____ Podpis izpraševalca: _____ Datum: _____
<input type="radio"/> Pacient ni sposoben odločanja o sebi	Ime in priimek izpraševalca tiskano _____ Podpis izpraševalca: _____ Datum: _____
<input type="radio"/> Pacient ima zdravstvenega pooblaščenca	<input type="radio"/> Priložena kopija pooblastila Ime in priimek izpraševalca tiskano _____ Podpis izpraševalca: _____ Datum: _____
<input type="radio"/> Pacient ni sposoben podati privolitve v pisni obliki	Ime in priimek izpraševalca tiskano _____ Podpis izpraševalca: _____ Datum: _____
<input type="radio"/> Drugo (izpolni pacient ali zdravstveni delavec):	
Pacientova prepoved: Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Spodaj sem naštel postopke, za katere NE ŽELIM, da bi bili izvedeni:	
Tiskano ime in priimek pacienta _____	
Podpis pacienta: _____ Datum: _____	