

PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU	
PODATKOVNI DEL (ustrezno pisno izpolniti ali obkrožiti)	
Priimek in ime Datum in kraj rojstva Prebivališče ZZZS številka zavarovane osebe	NALEPKA
Posebne zahteve (drugačen jezik ali komunikacijska metoda)	NE DA Navedi: _____
Odgovorni zdravnik ali zdr.strokovnjak, ki daje pojasnilo	Ime in priimek (tiskano ali štampljka) Podpis
Podatki o izvajalcu zdravstveni storitev Organizacijska enota	Inštitut za rehabilitacijo (štampljka) _____ tel: _____
POJASNILNI DEL	Izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak
Glavna diagnoza (šifra MKB)	
Dodatne diagnoze (šifra MKB)	
Predlagani poseg oz zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev)	1. Aplikacija Botulinum toxina 2. Suho iglanje 3. Intraartikularna injekcija 4. Drugo _____
Način izvedbe oz potek	Ustna obrazložitev DA NE Pisni material DA NE
Dodatni postopki	Sedacija DA NE Anestezija kože DA NE Lokalna Anestezija DA NE
Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti	
Posledice opustitve predlagane zdr. oskrbe	
Kontaktne podrobnosti (pogovor s pacientom)	

IZJAVA POJASNJEVALCA	
Pacientu sem podrobno razložil poseg in možne zaplete	DA NE
Pacient je na podlagi vprašanj dobil dodatna pojasnila	DA NE
Pacient ima na razpolago dodatna gradiva	Navedi
PODATKI O POJASNJEVALCU	Ime in priimek _____ Poklicni naziv pojasnjevalca _____
DATUM:	Podpis pojasnjevalca:
PACIENTOVA IZJAVA O PRIVOLITVI	
1. Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo opisano na tem obrazcu	DA NE
2. Privolitev / zavrnitev dajem svobodno	DA NE
3. Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel, pomen in posledice privolitve	DA NE
4. Razumem, da imam pravico preklicati privolitev	DA NE
Ime in priimek pacienta (lastnoročno tiskano)	_____
DATUM:	Podpis pacienta:
PRIVOLITEV PO ZAKONITEM ZASTOPNIKU	
Priimek in ime (lastnoročno tiskano)	
Datum in ura	
Razmerje do pacienta	
Rojstni datum ali EMŠO	
Podpis	