

SOGLASJE ZA PREMESTITEV V BOLNIŠNICO SEŽANA

- Ime in priimek:
- Naslov prebivališča:
- Datum rojstva:

SOGLASJE PACIENTA

Podpisani sem bil seznanjen z možnostjo premestitve v Bolnišnico Sežana. Prav tako sem bil seznanjen o vrsti načrtovane bolnišnične obravnave v Bolnišnici Sežana. S tem v zvezi prostovoljno podajam naslednjo izjavo oz. soglasje:

1. strinjam se s premestitvijo v Bolnišnico Sežana
2. strinjam se s predvideno vrsto bolnišnične obravnave, in sicer:

- ☐ PBZ
- ☐ PBZ- rehabilitacija geriatrične osebe

Podpisani sem tudi seznanjen, da lahko zaradi spremembe mojega zdravstvenega stanja že ob premestitvi v Bolnišnico Sežana oz. kasneje med samo bolnišnično obravnavo pride do spremembe vrste bolnišnične obravnave, s čimer se strinjam.

Datum in ura:

Podpis:

SOGLASJE PO ZAKONITEM ZASTOPNIKU ALI DRUGIH OSEBAH

(če pacient ni sposoben odločanja o sebi)

Podpisani, rojen, s prebivališčem v, telefon:, ki sem

(navedba razmerja do pacienta)

sem bil seznanjen z možnostjo premestitve pacienta v Bolnišnico Sežana. Prav tako sem bil seznanjen o vrsti načrtovane bolnišnične obravnave pacienta v Bolnišnici Sežana. S tem v zvezi prostovoljno podajam naslednjo izjavo oz. soglasje:

1. strinjam se s premestitvijo pacienta v Bolnišnico Sežana
2. strinjam se s predvideno vrsto bolnišnične obravnave, in sicer:

- ☐ PBZ
- ☐ PBZ- rehabilitacija geriatrične osebe

Podpisani sem tudi seznanjen, da lahko zaradi spremembe pacientovega zdravstvenega stanja že ob premestitvi v Bolnišnico Sežana oz. kasneje med samo bolnišnično obravnavo pride do spremembe vrste bolnišnične obravnave pacienta, s čimer se strinjam.

Datum in ura:

Podpis: