

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

305

Na temelju članka 16. stavka 3. Zakona o zaštiti prava pacijenata (»Narodne novine« broj 169/04) ministar zdravstva i socijalne skrbi donosi

PRAVILNIK

O OBRASCU SUGLASNOSTI TE OBRASCU IZJAVE O ODBIJANJU POJEDINOG DIJAGNOSTIČKOG, ODNOSNO TERAPIJSKOG POSTUPKA

Članak 1.

Ovim Pravilnikom uređuje se sadržaj obrasca suglasnosti kojom se prihvaća pojedini preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak (u daljnjem tekstu: Suglasnost) te sadržaj obrasca izjave o odbijanju pojedinog preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (u daljnjem tekstu: Izjava o odbijanju) u zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te kod privatnih zdravstvenih radnika (u daljnjem tekstu: nositelj zdravstvene djelatnosti).

Članak 2.

Obrazac Suglasnosti koji je tiskan u Prilogu I. ovoga Pravilnika i njegov je sastavni dio sadrži sljedeće podatke:

- naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka,
- naziv nositelja zdravstvene djelatnosti,
- ustrojstvena jedinica,
- ime i prezime pacijenta,
- datum rođenja,
- spol,
- mjesto rođenja,
- adresa stanovanja,
- matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,
- ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, (za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)
- potpis i faksimil doktora medicine,
- mjesto i datum ispunjavanja Suglasnosti (dan, mjesec, godina),
- vlastoručni potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika.

Članak 3.

Sadržaj obavijesti o pojedinom preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koja se prilaže Suglasnosti utvrđuje nositelj zdravstvene djelatnosti uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora i uz suglasnost Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu.

Članak 4.

Odbijanje pojedinog preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem obrasca Izjave o odbijanju koji je tiskan u Prilogu II. ovoga Pravilnika i njegov je sastavni dio.

Članak 5.

Obrazac Izjave o odbijanju sadrži sljedeće podatke:

- naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka,
- naziv nositelja zdravstvene djelatnosti,
- ustrojstvena jedinica,
- ime i prezime pacijenta,
- datum rođenja,
- spol,
- mjesto rođenja,
- adresa stanovanja,
- matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,
- ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, (za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)
- potpis i faksimil doktora medicine,
- mjesto i datum ispunjavanja Izjave o odbijanju (dan, mjesec, godina),
- vlastoručni potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika.

Članak 6.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 011-02/08-04/03

Urbroj: 534-07-1-08-2

Zagreb, 9. siječnja 2008.

Ministar
prof. dr. sc. Neven Ljubičić, v. r.

PRILOG I.

SUGLASNOST

kojom se prihvaća preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak

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

(navesti preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti _____

Ustrojstvena jedinica _____

Ime i prezime pacijenta _____

Datum rođenja _____

Spol M Ž

Mjesto rođenja _____

Adresa stanovanja _____

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju _____

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika _____

(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis i faksimil doktora medicine _____

Mjesto i datum _____

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika _____

PRILOG II.

IZJAVA O ODBIJANJU

kojom se odbija preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak

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

(navesti preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti _____

Ustrojstvena jedinica _____

Ime i prezime pacijenta _____

Datum rođenja _____

Spol M Ž

Mjesto rođenja _____

Adresa stanovanja _____

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju _____

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika _____

(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis i faksimil doktora medicine _____

Mjesto i datum _____

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika _____