

Ga./G. \_\_\_\_\_, starost: \_\_\_\_\_, na **abdominalni pregled za kilo** ste naročeni dne \_\_\_\_\_  
ob \_\_\_\_\_ uri pri dr. \_\_\_\_\_.

**Ob tej uri oz. največ 15 minut pred tem se zglasite v sprejemni pisarni.** Ura označuje vaš administrativni sprejem in ne obravnave v ambulanti.

**Prosimo vas, če napišete odgovore na sledeča vprašanja:**

Kdaj so se začele težave? \_\_\_\_\_

Kakšne so težave? \_\_\_\_\_

Ali jemljete kakšna zdravila? \_\_\_\_\_

Ali imate alergijo na kakšno zdravilo? Katero? \_\_\_\_\_

Ali jemljete zdravila proti strjevanju krvi? Katera? \_\_\_\_\_

Ste opravili UZ trebuha? *Prinesite izvid s seboj.* \_\_\_\_\_

7. Ali ste že bili kdaj operirani na trebuhu? \_\_\_\_\_

**Prosimo Vas, da prinesete s seboj:**

- **Izvide specialistov morebitnih spremljajočih bolezni (npr. sladkorna bolezen, trombotično obolenje, internistični izvidi itd.);**
- **To obvestilo z odgovori ter obrazce, ki smo jih priložili temu obvestilu.**

Prosimo za vašo telefonsko številko: \_\_\_\_\_

S svojim podpisom zagotavljate resničnost zgoraj navedenih podatkov in s tem prispevate k uspešnejšemu zdravljenju. S podpisom dajete tudi **privolitev** (na podlagi tretjega in četrtega odstavka 44. člena Zakona o pacientovih pravicah) za obdelavo svojih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov za potrebe zdravstvene oskrbe. Najlepša hvala!

V želji, da bi zagotovili nemoten potek dela skladno z določili Zakona o pacientovih pravicah (Ur. l. RS št. 55/2017) in Pravilnika o naročanju in upravljanju s čakalnimi seznammi ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Ur. RS št. 3/2018) ter Pravil obveznega zdravstvenega zavorovanja vas vljudno prosimo, da upoštevate sledeča navodila:

- Brez navajanja razlogov lahko termin odpoveste (prenaročilo) najpozneje 10 dni pred izvedbo zdravstvene storitve, in sicer le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s stopnjo nujnosti hitro ali redno.
- Poznejša odpoved termina je dopustna le iz vaših objektivnih razlogov, pri čemer ste dolžni razlog za odpoved sporočiti pisno. Objektivni razlogi so: nepričakovana hospitalizacija pacienta ali ožjega družinskega člana, ki onemogoča prihod pacienta na termin ali izvedbo zdravstvene storitve; nenadna bolezen, poškodba ali zdravstveno stanje pacienta ali ožjega družinskega člana, ki onemogoča prihod pacienta na termin ali izvedbo zdravstvene storitve; smrt ožjega družinskega člana.

Če na določen termin ne boste prišli oz. termina ne boste odpovedali v skladu s prejšnjim odstavkom, smo vas dolžni črtati s čakalnega seznama, pri čemer bo vaša napotnica prenehala veljati.

Vaš podpis: \_\_\_\_\_



### Privolitev za ambulantni pregled za kilo – poseg

Dovolim, da so pri pregledu ali/in drugih posegih prisotni drugi zdravstveni (so)delavci in študentje s področja zdravstva zaradi izpopolnjevanja.  ne  da

Dovolim posredovanje informacij o mojem zdravstvenem stanju  ne  da komu? \_\_\_\_\_

Dovolim pošiljanje izvidov in druge morebitne zdravstvene dokumentacije prek elektronske pošte  ne  da

Prosimo za vaš elektronski naslov: \_\_\_\_\_

Zdravnikova **pojasnilna dolžnost** glede načrtovanih posegov:

**Seznanjen/-a sem**, da lahko zdravnik ob pregledu, ob oceni mojega stanja in ob upoštevanju vseh zdravil in drugih terapij, ki jih uživam, opravi zdravniški poseg z namenom zdravljenja moje bolezni in preprečevanja nadaljnjih zdravstvenih posledic in okvar, do katerih bi lahko prišlo zaradi neizvajanja posega/pregleda.

Seznanjen/-a sem s tem, da lahko po ustnem pojasnilu zdravnika še:

- postavim dodatna vprašanja,
- se seznanim s posledicami nezdravljenja svoje bolezni,
- pristanem na načrtovani poseg,
- odrečem pristanek,
- soglasje v času svojega zdravljenja ob kontrolnih pregledih prekličem.

S podpisom **potrjujem** razumevanje gornjih navodil in dajem svoje soglasje.

Podpis pacienta ali skrbnika: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

S podpisom dajete tudi **privolitev** za obdelavo svojih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov za potrebe izven zdravstvene oskrbe:

Podpis pacienta ali skrbnika: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

S podpisom **preklicujem** zgoraj dano soglasje:

Podpis pacienta ali skrbnika: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_