

OE MEDICINA**PRIVOLITEV PACIENTA ZA IZVAJANJE ZDRAVSTVENE OSKRBE IN
POSREDOVANJE INFORMACIJ O ZDRAVSTVENEM STANJU**

V Thermano Laško ste prišli na ambulantno fiziatrično obravnavo, ambulantno fizioterapevtsko obravnavo oz. na zdraviliško zdravljenje, zato Vas prosimo, da privolite v osnovne postopke, ki so potrebni pri izvedbi zdravljenja.

1	Strinjam se s postopki, ki so namenjeni epidemiološkemu spremljanju mojega zdravstvenega stanja (to je pogovor o zdravstvenem stanju, telesni pregled, merjenje telesne temperature, izpolnjevanje vprašalnika), z izvajanjem fizioterapije oz. izvajanjem zdravstvene nege ter z morebitnimi nujno potrebnimi postopki in napotitvami v primeru poslabšanja mojega zdravstvenega stanja.	DA	NE
2	Dovoljujem, da pri mojem zdravljenju sodelujejo specializanti, študentje medicine, zdravstvene nege, fizioterapije, delovne terapije, dijaki ter posamezniki iz drugih zdravstvenih dejavnosti.	DA	NE
3	Seznanjen/-a sem, da sam/-a odgovarjam za vso lastnino, ki jo prinašam s seboj in je ne oddam v hrambi na Negovalnem oddelku ali na recepciji.	DA	NE
4	Seznanjen/-a sem, da je kajenje v Thermani z zakonom prepovedano (Zakon o omejevanju tobačnih izdelkov, Uradni list RS, številka 26/2003).	DA	NE
5	Seznanjen/-a sem s postopki zaščite pred okužbo (uporaba zaščitne maske pri gibanju in zadrževanju v zaprtih prostorih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, razkuževanje rok).	DA	NE
6	Zavedam se tveganja okužbe ob obisku zdravstvene ustanove Thermana Laško, zato ob morebitni okužbi s koronavirusom ali katerikoli drugim povzročiteljem bolezni ne bom sprožil/-a nikakršnih odškodninskih in drugih postopkov proti družbi Thermana Laško.	DA	NE
7	Navedel/-la sem resnične podatke o svojem zdravstvenem stanju in stikih z okuženo osebo, za kar sem tudi zakonsko odgovoren/-na.	DA	NE
8	Dajem soglasje za vpogled v e-dokumentacijo preko CRPP.	DA	NE

Izjavo lahko kadarkoli popravite, tako da pri medicinski sestri zahtevate nov obrazec. Do spremembe velja prvotna privolitev.

DATUM: _____

PODPIS PACIENTA / SKRBNIKA _____
(ustrezno obkrožite)

Po Zakonu o varovanju osebnih podatkov, smemo informacije o vašem zdravstvenem stanju, posredovati le z vašim predhodnim pisnim soglasjem. Prosimo, da izpolnite privolitev za posredovanje informacij o vašem zdravstvenem stanju!

1. STRINJAM SE, da podatke o mojem bivanju v Thermani in mojem zdravstvenem stanju ter nenadnih spremembah zdravstvenega stanja (smrti) sporočate (pooblašcene osebe):

A – samo ožjim sorodnikom in svojem (partnerju, otrokom, staršem)
(ime, priimek, naslov, številka telefona)

B – naslednjim osebam
(ime, priimek, naslov, številka telefona)

C – vsem

D – nikomur

2. PODATKE o mojem zdravstvenem stanju lahko dajete pooblaščenim osebam:

A – samo v moji prisotnosti

B – osebno ob obisku v Thermani Laško

C – po telefonu

DATUM: _____

PODPIS PACIENTA _____

Izjavo lahko kadar koli popravite tako, da pri medicinski sestri zahtevate nov obrazec.. Do spremembe velja prvotna privolitev.

OPOMBE:

Pacient izjave ne želi izpolniti.

Pacient nima svojcev, podatkov ni mogoče pridobiti.

Datum:

Podpis delavca, ki je pridobil podatke:

Podpis zdravnika: