**KANTON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OPĆINA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ZDRAVSTVENA USTANOVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NJEGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IZJAVA O ODBIJANJU POSJETE PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA**

Potpisani (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mjesto prebivališta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja: I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

1. Izjavljujem da se **NE SLAŽEM** da patronažna medicinska sestra izvede intervenciju zdravstvene njege koju je liječnik/ljekar opredijelio na radnom nalogu i/ili u otpusnom listu.

Naručilac radnog naloga: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naručena intervencija: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Želim da me patronažna medicinska sestra više ne obilazi da bi izvela intervenciju koja je navedena u radnom nalogu do sljedećeg izdanog radnog naloga od strane zdravstvene službe.

I\_\_I Potvrđujem da mi je patronažna medicinska sestra dala objašnjenje o naručenoj intervenciji i o načinu izvedbe, te o očekivanoj koristi od zdravstvene njege.

I\_\_I Razumijem da odbijanje propisane intervencije zdravstvene njege može imati i posljedice po moje zdravlje i stanje.

I\_\_I Razumijem primljena usmena uputstva.

I\_\_I Razumijem značaj i posljedice odbijanja.

I\_\_I Odbijam intervenciju u slobodnjoj volji.

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

**Potpis pacijenta (ice):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Potpis druge osobe**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(roditelja/ skrbnika/rodbine/zakonitih zastupnika za osobe/lica koja nisu sposobna odlučivati sama o sebi).

**Potpis patronažne medicinske sestre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_