

SAGLASNOST PUNOLJETNOG PRIMAOCA

Izjavljujem da slobodno izraženom voljom, dajem SAGLASNOST za presađivanje (navesti djelove tijela).

Saglasnost dajem nakon što me je ljekar upoznao da je na osnovu sprovedenih medicinskih ispitivanja i ostalih metoda liječenja utvrđeno da je presađivanje djelova tijela jedini način liječenja, o prirodi, svrsi i toku postupka, mogućnostima za uspjeh i uobičajenim rizicima u vezi sa presađivanjem (navesti dio tijela), mogućnosti da zatražim drugo stručno mišljenje u pogledu rizika po zdravlje od strane ljekara koji neće učestvovati u presađivanju, kao i ostalim pravima i činjenicama, u skladu sa zakonom.

Zdravstvena ustanova _____

Ime i prezime punoljetnog primaoca _____

Datum rođenja i JMBG punoljetnog primaoca _____

Mjesto i datum

Potpis punoljetnog primaoca

Potpis i faksimil ljekara koji je informisao punoljetnog primaoca

Pečat zdravstvene ustanove

SAGLASNOST ZAKONSKOG ZASTUPNIKA, ODNOSNO STARATELJA

Izjavljujem da slobodno izraženom voljom, dajem SAGLASNOST za presađivanje (navesti djelove tijela) (ime, prezime i JMBG maloljetnog lica ili punoljetnog lica koje nije poslovno sposobno ili je nesposobno za rasuđivanje).

Saglasnost dajem nakon što me je ljekar upoznao da je na osnovu sprovedenih medicinskih ispitivanja i ostalih metoda liječenja utvrđeno da je presađivanje djelova tijela (ime i prezime primaoca) jedini način liječenja, o prirodi, svrsi i toku postupka, mogućnostima za uspjeh i uobičajenim rizicima u vezi sa presađivanjem, mogućnosti da zatražim drugo stručno mišljenje u pogledu rizika po zdravlje od strane ljekara koji neće učestvovati u presađivanju, kao i ostalim pravima i činjenicama, u skladu sa zakonom.

Zdravstvena ustanova _____

Ime i prezime primaoca _____

Datum rođenja i JMBG primaoca _____

Ime, prezime i JMBG zakonskog zastupnika / staraoca

Mjesto i datum

Potpis davaoca saglasnosti

Potpis i faksimil ljekara koji je informisao roditelja / staraoca

Pečat zdravstvene ustanove

Obrazac br. 3

**SAGLASNOST BRAČNOG DRUGA, RODITELJA ILI SRODNIKA PO KRVU
U PRAVOJ ILI POBOČNOJ LINIJI DO DRUGOG STEPENA SRODSTVA**

Izjavljujem da slobodno izraženom voljom, dajem SAGLASNOST za presađivanje (navesti djelove tijela) (ime, prezime i JMBG lica koje nije u mogućnosti da se izjasni).

Saglasnost dajem nakon što me je ljekar upoznao da je na osnovu sprovedenih medicinskih ispitivanja i ostalih metoda liječenja utvrđeno da je presađivanje djelova tijela (ime i prezime primaoca) jedini način liječenja, o prirodi, svrsi i toku postupka, mogućnostima za uspjeh i uobičajenim rizicima u vezi sa presađivanjem, mogućnosti da zatražim drugo stručno mišljenje u pogledu rizika po zdravlje od strane ljekara koji neće učestvovati u presađivanju, kao i ostalim pravima i činjenicama, u skladu sa zakonom.

Zdravstvena ustanova _____

Ime i prezime primaoca _____

Datum rođenja i JMBG primaoca _____

Ime, prezime, JMBG i srodstvo davaoca saglasnosti _____

Mjesto i datum

Potpis davaoca saglasnosti

Potpis i faksimil ljekara koji je informisao davaoca
saglasnosti

Pečat zdravstvene ustanove