ORDINACIJA OPĆE MEDICINE
DARKO KLJAJIĆ, dr. med.
Trg Svetog Florijana 12, Križevci

MEDICINSKA PUNOMOĆ

Izjava pacijenta o ovlaštenju druge osobe

PODACI O PACIJENTU

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____ MBO: _____

PODACI O OPUNOMOĆENIKU

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Odnos s pacijentom: _____
(supružnik, rodbina, prijatelj ili ostalo)

Ovim putem ovlašćujem gore navedenu osobu za radnje označene s DA.

OPSEG OVLAŠTENJA

Za svaku stavku označiti DA ili NE.

OVLAŠTENJE	DA	NE
1. Komunikacija s Ordinacijom u svim oblicima, uključujući komunikaciju s liječnikom.	☐	☐
2. Primanje informacija o zdravstvenom stanju, dijagnozama i liječenju pacijenta.	☐	☐
3. Preuzimanje medicinske dokumentacije, nalaza, recepata i, prema potrebi, lijekova.	☐	☐
4. Prenošenje želja, odluka, zahtjeva i napomena pacijenta Ordinaciji.	☐	☐

Napomena: Ova punomoć ne daje opunomoćeniku pravo samostalnog donošenja medicinskih odluka niti davanja ili uskraćivanja pristanka na medicinske postupke umjesto pacijenta, osim kada za to postoji posebna zakonska osnova.

Punomoć vrijedi od dana potpisivanja do pisanog opoziva ili prestanka važenja prema propisima.

U _____, dana _____

Potpis pacijenta: _____