



**DOM ZDRAVLJA DUBROVNIK**  
Dr. Ante Starčevića 1, 20000 Dubrovnik  
tel: +385 20 641600, fax: +385 20 422122  
info@dom-zdravlja-dubrovnik.hr  
[www.dom-zdravlja-dubrovnik.hr](http://www.dom-zdravlja-dubrovnik.hr)

**SUGLASNOST**  
**KOJOM SE PRIHVAĆA PREPORUČENI**  
**DIJAGNOSTIČKI /TERAPIJSKI POSTUPAK**

**ZDRAVSTVENE**  
**USLUGE**

Oznaka dok.OP.SUGL  
Datum:

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koju sam dobio/la u pisanom obliku prihvaćam:

\_\_\_\_\_

*(naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka)*

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti: **Dom zdravlja Dubrovnik**

Ustrojstvena jedinica: \_\_\_\_\_

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_  
Spol: M Ž

Mjesto i datum rođenja: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ime i prezime zakonskog zastupnika / skrbnika:

\_\_\_\_\_  
*(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s tešom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)*

Potpis i faksimil liječnika:

\_\_\_\_\_

Mjesto i datum: Dubrovnik \_\_\_\_\_ 202\_\_.

Potpis pacijenta / zakonskog zastupnika / skrbnika: \_\_\_\_\_