

 <p>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</p>	ZDRAVSTVENE USLUGE	Urudžbeni broj:
	IZJAVA O ODBIJANJU	Vrijedi od : 18.11.2019.

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

(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 težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis i faksimil liječnika: _____

Mjesto i datum: Dubrovnik, _____ 202__.

Potpis pacijenta / zakonskog zastupnika / skrbnika: _____