

Na temelju članka 16. stavka 3. Zakona o zaštiti prava pacijenata («Narodne novine» broj 169/04) ministar zdravstva i socijalne skrbi donosi

**PRAVILNIK**

**O OBRASCU SUGLASNOSTI TE OBRASCU IZJAVE O ODBIJANJU POJEDINOG  
DIJAGNOSTIČKOG, ODNOSNO TERAPIJSKOG POSTUPKA**

Članak 1.

Ovim Pravilnikom uređuje se sadržaj obrasca suglasnosti kojom se prihvaća pojedini preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak (u daljnjem tekstu: Suglasnost) te sadržaj obrasca izjave o odbijanju pojedinog preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (u daljnjem tekstu: Izjava o odbijanju) u zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te kod privatnih zdravstvenih radnika (u daljnjem tekstu: nositelj zdravstvene djelatnosti).

Članak 2.

Obrazac Suglasnosti koji je tiskan u Prilogu I. ovoga Pravilnika i njegov je sastavni dio sadrži sljedeće podatke:

- naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka,
- naziv nositelja zdravstvene djelatnosti,
- ustrojstvena jedinica,
- ime i prezime pacijenta,
- datum rođenja,
- spol,
- mjesto rođenja,
- adresa stanovanja,
- matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,
- ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, (za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)
- potpis i faksimil doktora medicine,
- mjesto i datum ispunjavanja Suglasnosti (dan, mjesec, godina),
- vlastoručni potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika.

Članak 3.

Sadržaj obavijesti o pojedinom preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koja se prilaže Suglasnosti utvrđuje nositelj zdravstvene djelatnosti uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora i uz suglasnost Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu.

Članak 4.

Odbijanje pojedinog preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem obrasca Izjave o odbijanju koji je tiskan u Prilogu II. ovoga Pravilnika i njegov je sastavni dio.

## Članak 5.

Obrazac Izjave o odbijanju sadrži sljedeće podatke:

- naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka,
- naziv nositelja zdravstvene djelatnosti,
- ustrojstvena jedinica,
- ime i prezime pacijenta,
- datum rođenja,
- spol,
- mjesto rođenja,
- adresa stanovanja,
- matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,
- ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, (za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)
- potpis i faksimil doktora medicine,
- mjesto i datum ispunjavanja Izjave o odbijanju (dan, mjesec, godina),
- vlastoručni potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika.

## Članak 6.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 011-02/08-04/03

Urbroj: 534-07-1-08-2

Zagreb, 9. siječnja 2008.

Ministar  
**prof. dr. sc. Neven Ljubičić**, v. r.

PRILOG I.

## SUGLASNOST

### kojom se prihvaća preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak

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

(navesti preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti \_\_\_\_\_

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

Ime i prezime pacijenta \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_

Spol                                      M                                      Ž

Mjesto rođenja \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja \_\_\_\_\_

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju \_\_\_\_\_

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika \_\_\_\_\_

(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis i faksimil doktora medicine \_\_\_\_\_

Mjesto i datum \_\_\_\_\_

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

PRILOG II.

**IZJAVA O ODBIJANJU**

**kojom se odbija preporučeni dijagnostički, odnosno  
terapijski postupak**

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

\_\_\_\_\_  
(navesti preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak)

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti \_\_\_\_\_

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

Ime i prezime pacijenta \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_

Spol                                  M                                  Ž

Mjesto rođenja \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja \_\_\_\_\_

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju \_\_\_\_\_

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika \_\_\_\_\_

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

Potpis i faksimil doktora medicine \_\_\_\_\_

Mjesto i datum \_\_\_\_\_

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