

| | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|--|
|  | Opća bolnica Varaždin | UNAPRIJED IZREČENI ZAHTEJEV | OZ-UIZ-PP/4 Stranica: 1 od 1 Izdanje: 1 Datum stupanja na snagu: 11. 06.2019. |
|---|----------------------------------|------------------------------------|--|

Izjava pacijenta o unaprijed izrečenom zahtjevu

Odjel _____

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Ime i prezime pacijenta: | |
| Datum rođenja: | MBOO: |
| Adresa pacijenta: | |
| Kontakt broj tel.: | Med.dg.: |

Ja _____ unaprijed izričem zahtjev koji se odnosi na

Potpis bolesnika: _____

Datum i vrijeme: _____

Pečat i potpis liječnika: _____