**OBRAZAC 3** – IZJAVA

IME I PREZIME PACIJENTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Na temelju članka 8. Zakona o zaštiti prava pacijenata („Narodne novine“ br. 169(04 i 37/08) i članka 3. Pravilnika o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka („Narodne novine“ br. 10/08) dajem slijedeću

**I Z J A V U**

kojom:

1/ IZJAVLJUJEM DA SAM U POTPUNOSTI I NA RAZUMLJIV NAČIN:

* upoznat/a sa svim zaštitnim mjerama koje se provode u ordinaciji dentalne medicine u svrhu zaštite doktora dentalne medicine i pacijenata,
* upoznat/a i svjestan/a da unatoč svim provedenim mjerama postoji rizik moguće zaraze koronavirusom COVID-19 u ordinaciji doktora dentalne medicine i dentalnog asistenta, odnosno u laboratoriji dentalnog tehničara;
* izvijestio/la istinito i potpuno dentalni tim u ordinaciji o mom zdravstvenom stanju.

2/ POTVRĐUJEM ISTINITOST DATIH PODATAKA VEZANIH UZ PITANJA IZ OBRASCA O KORONAVIRUSU (nije mi određena mjera samoizolacije, nisam zaražen koronavirusom COVID-19)

3/ ODGOVORNO I SLOBODNOM VOLJOM, UTEMELJENOJ NA POTPUNOJ OBAVIJEŠTENOSTI O RIZIKU ZARAZE PRIHVAĆAM:

* preporučeni dijagnostički odnosno terapijski postupak i tretman za vrijeme trajanja pandemije koronavirusom COVID-19 u Republici Hrvatskoj;
* svoju punu odgovornost za rizik i posljedice od moguće zaraze koronavirusom uslijed korištenja dentalne usluge u ordinaciji.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020. godine

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis pacijenta)\*

\*Za malodobno dijete izjavu potpisuje zakonski zastupnik odnosno njegov skrbnik.