



Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"

Mirogojska 8, 10 000, Zagreb

tel: 01 2826 222

CPA odrasli - hitan prijam

OB-PP3-1.2.

## SUGLASNOST

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti prihvaćam:

### BOLNIČKO LIJEČENJE I PREPORUČENI DIJAGNOSTIČKI I/ILI TERAPIJSKI POSTUPAK

Prezime i ime pacijenta:	JAKOVAC ANAMARIJA
Datum rođenja pacijenta:	31.07.1987.
Spol:	<input type="checkbox"/> muški <input checked="" type="checkbox"/> ženski
Mjesto rođenja:	
Adresa stanovanja:	NEHRUOV TRG 6, 10000 ZAGREB, Grad Zagreb, Hrvatska
MBO, OIB, broj putovnice, EU kartica, broj s certifikata ili broj izbjegličkog kartona:	146863803
Napomena:	

Ovu suglasnost potpisujem u svojstvu:

1. PACIJENTA

potpis:

2. ZAKONSKOG ZASTUPNIKA /  
SKRBNIKA

Prezime i ime:

OIB ili broj putovnice:

potpis: \_\_\_\_\_

3. SUGLASNOST NIJE  
POTPISANA zbog sljedećih  
razloga:

☐ bolesnik je bez svijesti

☐ bolesnik ne može razumjeti ili shvatiti obrazloženje zbog  
oštećenih kognitivnih sposobnosti i dolazi bez pratnje

☐ bolesniku je potreban hitan dijagnostički ili terapijski postupak te  
se nije moglo čekati da razloži budu navedeni

Pacijent je došao u pratnji: DA

Prezime i ime osobe koja je došla u pratnji bolesnika:

Suprug Valentin Jakovac

U Zagrebu, dana 05.12.2024.

Potpis i faksimil doktora medicine

Filip Glavač dr. med., specijalizant infektologije

Filip Glavač, dr. med.