

**Formular pristanka na hitan sanitetski prevoz
oboljelih i povre enih**

Ime i prezime pacijenta:

Adresa:

JMBG:

Ime, prezime i potpis doktora koji je indikovao hitni prevoz:

Komplikacije sa kojima se pacijent može suo iti tokom hitnog prevoza (popunjava doktor):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Moj doktor (ije ime je napisano) potpuno me je informisao o razlogu za transport hitnim sanitetskim prevozom, kao i mogu im rizicima i benefitima.

Potpis pacijenta /staratelja/ pratnje:

Datum i vrijeme:

Upoznao sam pacijenta o razlogu izvo enja hitnog transporta i predložio mu /staratelju/ pratnji mogu e rizike i benefite ovog postupka.

Potpis ordiniraju eg doktora:

Datum i vrijeme:

Napomena: Ljekarski tim u ime pacijenta po principima medicinske struke daje saglasnost ukoliko je pacijent bez svijesti i pratnje.