

ВАЗДУШНИ МЕДИЦИНСКИ ТРАНСПОРТ

Формулар добровољног пристанка

Име и презиме пацијента:

Адреса:

ЈМБГ:

Бр. пасоша:

Име, презиме љекара који тражи ваздушни мед. транспорт:

Компликације које се могу догодити приликом ваздушног медицинског транспорта (попуњава одговорни љекар):

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

ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА (мора бити прочитана пацијенту прије потписивања)

Овлашћујем одговорног љекара да да изјаву о мом здравственом стању и да у складу са професионалном етиком, достави све детаље о мом здравственом стању који буду захтјевани од стране тима за ваздушни медицински транспорт како би њихов љекар/координатор утврдио моју способност за транспорт ваздухопловом. Доље потписани ослобађа Хеликоптерски Сервис Републике Српске, његове запослене и представнике, као и медицинско особље тима за ВМТ од било које врсте одговорности због могућих утицаја на моје здравствено стање насталих због транспорта ваздухопловом, те исти прихватам на властити ризик.

Одговорни љекар (чије име је написано) потпуно ме је информисао о разлогу извођења ваздушног медицинског транспорта и предочио пацијенту/старатељу/пратњи бенефите, као и могуће ризике овог поступка.

Потпис пацијента/старатеља/пратње:

Датум и вријеме:

Упознао сам пацијента о разлогу извођења ваздушног медицинског транспорта и предочио пацијенту/старатељу/пратњи бенефите, као и могуће ризике овог поступка.

Потпис одговорног љекара испред тима за ВМТ:

Датум и вријеме:

Напомена: љекарски тим у име пацијента, а по принципима медицинске струке даје сагласност уколико је пацијент без свијести или пратње.