

Obrazac za informirani pristanak na prekid trudnoće

P9

NAZIV USTANOVE, ADRESA, LOGO		
Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobila informacije o postupku pobačaja najmanje 24 sata prije procedure. Informacije koje sam dobila su bile sljedeće:		Molimo vas da svaku pročitano izjavu parafirate
Potvrđujem da sam trudna i da je moja posljednja menstruacija bila	navedite datum:	
Opisani su mi i objašnjeni postupak prekida trudnoće i rizici tog postupka.		
Potvrđujem da sam dala istinite i potpune informacije liječniku/liječnici.		
Potvrđujem da sam s liječnikom/liječnicom razgovarala i o drugim zdravstvenim i drugim pitanjima koja mogu biti od značaja za prekid trudnoće.		
Potvrđujem da sam informirana o svim drugim rizicima (ako ih ima), koji mogu utjecati na postupak i ishod pobačaja, a vezani su za moju osobnu historiju bolesti (prethodne bolesti i/ili sadašnju bolest).		
Bilo mi je omogućeno da postavljam pitanja i da na njih dobijem zadovoljavajuće odgovore.		
Data mi je uputa da u svakom trenutku prije izvođenja postupka pobačaja mogu povući svoj pristanak na njega.		
Potvrđujem da sam informirana o mogućnostima izbora postupka pobačaja i da mogu dobiti savjete stručne osobe ako to želim		
Potvrđujem da sam informacije dobila u ambijentu i u razgovoru tako da je bila zaštićena moja privatnost.		
Svjedočim da sam primila sve gore pobrojane informacije od nadležnog liječnika/liječnice:		(navedite datum i sate):
Potpis pacijentice:		

Samo za osoblje

Ime i prezime pacijentice:

Šifra:

Datum prekida trudnoće:

Ime i prezime liječnika:

Potpis liječnika: