

Za podrobnejše informacije o obdelavi osebnih podatkov obiščite spletno stran <https://asugi.sanita.fvg.it/it/>

Priimek _____ ime _____
rojen/a v _____ dne _____.

Storitve **kulturne mediacije** v zvezi s predlaganim zdravljenjem, ki ga izvaja:

Priimek _____ ime _____ rojen/a v _____
dne _____. Osebni dokument _____ izdan s strani _____
dne _____.

Alergije: ☐ ne ☐ neznane ☐ da (navesti) _____

V primeru, da je to potrebno za zaščito zdravja ženske in nerojenega/rojenega otroka, se priporoča, da:

☐ je noseča ☐ ni noseča ☐ bi lahko bila noseča
☐ je v obdobju dojenja ☐ ni v obdobju dojenja

IZRAŽANJE INFORMIRANEGA SOGLASJA/NESOGLASJA – PRIVOLJENJE/NESTRINJANJE – PREKLIC

Podpisani/a izjavljam, da sem prejel/a popolne, posodobljene in razumljive informacije, tudi v obliki informativnega gradiva v zvezi z _____, in da sem prejel/a odgovore na vsa morebitna vprašanja.

Zavedajoč se posledic soglasja ali nesoglasja s predlaganim zdravljenjem ter možnostmi preklica prej izraženega soglasja

izražam:

☐ **SOGLASJE** za izvedbo zdravstvenega posega ☐ **NESOGLASJE** za izvedbo zdravstvenega posega
Poleg tega

v primeru ☐ dovolim ☐ ne dovolim

zdravstvenim delavcem, da opravijo dodatne zdravstvene posege, ki so potrebni za zaščito zdravja in življenja. Takšna zdravstvena obravnava bo podrobno opisana in utemeljena v zdravstveni dokumentaciji.

Kraj _____ Datum _____ Podpis pacienta/ke _____

Podpis osebe, ki zakonito zastopa pacienta/ko _____

Podpis jezikovno-kulturne mediatorja/ke _____

Podpis zdravnika _____

V primeru **nesposobne osebe** na podlagi svojih sposobnosti razumevanja in odločanja izrazi svoje:

☐ **SOGLASJE** za izvedbo zdravstvenega posega, ☐ **NESOGLASJE** za izvedbo zdravstvenega posega,
☐ **NI MOGOČE PRIDOBITI SOGLASJA ALI NESOGLASJA OSEBE**

Kraj _____ Datum _____

Podpis pacienta/ke _____ Podpis zdravnika _____

Zavedajoč se posledic, ki jih prinaša, tudi v smislu tveganj za zdravje in življenje, izražam:

☐ **PREKLIC** prej izražene privolitve za izvedbo zdravstvene obravnave.

Kraj _____ Datum _____ Podpis pacienta/pacientke _____

Podpis osebe, ki zakonito zastopa pacienta/ko _____

Podpis jezikovno-kulturne mediatorja/ke _____

Podpis zdravnika _____

**V PRIMERU ODLAŽANJA ZDRAVLJENJA
V PRIMERJAVI Z DATUMOM PRIDOBITVE INFORMIRANEGA SOGLASJA**

Storitve **jezikovne-kulturne mediacije** v zvezi s predlaganim zdravljenjem, ki ga izvaja:

Priimek _____ ime _____ rojen/a v _____
dne _____. Osebni dokument _____ izdan s strani _____
dne _____.

V zvezi s predlaganim zdravljenjem, ki je načrtovano dne _____

se navaja, da so glede na datum pridobitve prejšnjega soglasja trenutni klinični pogoji/zdravljenja naslednji:

☐ **NESPREMENJENI**

☐ **SPREMENJENI** (na primer poslabšanje zdravstvenega stanja; pojav novih patoloških stanj; alergije; uvedba novih terapij; sprememba že obstoječih terapij), kot je navedeno v nadaljevanju:

V primeru, da je to potrebno za zaščito zdravja ženske in nerojenega/rojenega otroka, se priporoča, da:

☐ je noseča ☐ ni noseča ☐ bi lahko bila noseča
☐ je v obdobju dojenja ☐ ni v obdobju dojenja

Na podlagi zgoraj navedenih posodobitev izjavljam, da sem prejel/a popolne, posodobljene in razumljive informacije, zlasti v zvezi z morebitnimi spremembami pričakovanih koristi in tveganj, povezanih s predlaganim zdravljenjem.

☐ potrjujem **SOGLASJE** za izvedbo zdravstvenega posega

☐ izražam **NESOGLASJE** za izvedbo zdravstvenega posega

Kraj _____ Datum _____ Podpis pacienta/pacientke _____

Podpis osebe, ki zakonito zastopa pacienta/ko _____

Podpis jezikovno-kulturne mediatorja/ke _____

Podpis zdravnika _____

V primeru **nesposobne osebe** le-ta glede na zgoraj navedeno izrazi svojo:

☐ **SOGLASJE** za izvedbo zdravstvenega posega, ☐ **NESOGLASJE** za izvedbo zdravstvenega posega,

☐ **NI MOŽNO PRIDOBITI SOGLASJA ALI NE SOGLASJA**

Kraj _____ Datum _____

Podpis pacienta/ke _____ Podpis zdravnika _____

ČE PODPIS NI MOGOČ, SE VOLJA PACIENTA/PACIENTKE ZAPISUJE:

☐ z videoposnetkom

☐ z uporabo naprav, ki omogočajo komunikacijo (označevanje)

☐ v prisotnosti 2 prič:

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____.
Osebni dokument _____ izdan s strani _____ dne _____.
Podpis _____

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____.
Osebni dokument _____ izdan s strani _____ dne _____.
Podpis _____

Podpis _____

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____.
Osebni dokument _____ izdan s strani _____ dne _____.
Podpis _____

Podpis _____

Podpis _____

Kraj _____ Datum _____ Podpis zdravnika _____

V primeru, da se zabeležijo osebni podatki tretjih oseb (na primer zastopnikov pacienta, prič), se ti obdelujejo v skladu z veljavno zakonodajo (Evropska uredba 2016/679 in D. Zakon 196/2003, prilagojen Uredbi z D. Zakon 101/2018) izključno za namene zaščite osebe, ki prejema pomoč.

Upravljevec osebnih podatkov: PEC: asugi@certsanita.fvg.it

Odgovorna oseba za varstvo podatkov (RPD/DPO):

e-pošta: rpdp@asugi.sanita.fvg.it