

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

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

Storitve **jezikovno-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

OSEBE, POOBlašČENE ZA ZASTOPANJE MLADOLETNIKA

**Spodnje izjave so izdane v skladu s členoma 46 in 47 DPR 18/12/2000, št. 445, ob zavedanju
odgovornosti in predvidenih kazenskih ukrepov
iz členov 75 in 76 DPR 18/12/2000, št. 445.**

Starš 1: _____ rojen/a v _____ dne _____
Starš 2: _____ rojen/a v _____ dne _____
Skrbnik: _____ rojen/a v _____ dne _____
Nadomestni skrbnik: _____ rojen/a v _____ dne _____
Skrbnik za posebne primere: _____ rojen/a v _____ dne _____

V tem primeru **starša izjavljata:**

☐ da bosta skupaj izvajala starševsko odgovornost
☐ ne bosta izvajala skupaj starševske odgovornosti

V primeru, da je prisoten le en starš, le-ta izjavlja:

☐ da je upravičen do izključne starševske odgovornosti
☐ da drugi starš ne more izvajati starševske odgovornosti zaradi oddaljenosti, nezmožnosti ali druge prepovedi

Kraj _____ Datum _____

Podpis izjavitelja/ice _____ Podpis izjavitelja/ice _____

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.

Izražam:

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

v tem 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 zastopnika mladoletnika: 1) _____ 2) _____

Podpis jezikovno-kulturne mediatorke/ja _____

Mladoletnik/ca glede na svoje sposobnosti razumevanja in odločanja izrazi svoje:

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

☐ **NI MOŽNO PRIDOBITI SOGLASJE ALI NE SOGLASJE**

Kraj _____ Datum _____

Podpis mladoletnika/ce _____ 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 zastopnika mladoletnika: 1) _____ 2) _____

Podpis jezikovno-kulturne mediatorke/ja _____

**V PRIMERU ODLOŽENEGA ZDRAVSTVENEGA ZDRAVLJENJA
GLEDE NA DATUM PRIDOBITVE SOGLASJA**

Storitve **kulturne medicije** 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 načrtovan dne _____

se izjavlja, 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 zastopnika mladoletnika: 1) _____ 2) _____

Podpis jezikovno-kulturne mediatorke/ja _____

Mladoletnik/ca glede na svoje sposobnosti razumevanja in odločanja izrazi svoje:

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

☐ **NI MOŽNO PRIDOBITI SOGLASJE ALI NE SOGLASJE**

Kraj _____ Datum _____

Podpis mladoletnika/ce _____ Podpis zdravnika _____

V PRIMERU NEMOŽNOSTI PODPISA SE ZAPISUJEJO ŽELJE MLADOLETNIKA/CE

☐	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 _____	
Kraj _____	Datum _____ Podpis zdravnika _____

V primeru, da se zabeleži 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. (Zakonodajni odlok 101/2018)

izključno za namene zaščite osebe, ki ji je zagotovljena

pomoč. Upravljapec osebnih podatkov: PEC:

asugi@certsanita.fvg.it

Odgovorna oseba za varstvo podatkov (RPD/DPO): e-pošta: rpd@asugi.sanita.fvg.it