



Dekan
Tel.: ++ 387 33 44 32 69
Fax: ++ 387 33 44 33 95
e-mail: dentalschool@sf.unsa.ba
web stranica: www.sf.unsa.ba
Adresa: Bolnička 4a, Sarajevo 71000
Bosna i Hercegovina

Dean's Office:
Phone: ++ 387 33 44 32 69
Fax: ++ 387 33 44 33 95
e-mail: dentalschool@sf.unsa.ba
web page: www.sf.unsa.ba
Address: Bolnička 4a, Sarajevo 71000
Bosnia & Herzegovina

OBRAZAC 3.

SAGLASNOST ZA OBAVLJANJE STOMATOLOŠKOG TRETMANA U OPŠTOJ ANESTEZIJI

Ime i prezime pacijenta

Ime i prezime roditelja/staratelja

Roditelj/staratelj/pacijent svojim potpisom potvrđuje da je dobio/la sve obavijesti o planu terapije, značaju, domašaju i nužnosti zahvata i ostalih mjera liječenja, te da je obavješten o mogućnosti promjene ili proširenja obima zahvata, ako se sa medicinskog/stomatološkog gledišta to pokaže potrebnim. Roditelj/staratelj/pacijent svojim potpisom potvrđuje da je upoznat sa činjenicom da završni rezultat i učinak terapije ovisi od stepena oboljenja pacijenta, terapijskog toka i postoperativnoj reakciji organizma.

Obim i vrsta stomatološkog zahvata će biti prilagođeni urgentnosti koju procjenjuje stomatološki tim prije i tokom operativnog zahvata i dužini trajanja opšte anestezije koju procijeni i odobri anesteziolog na osnovu opšteg medicinskog stanja pacijenta.

Roditelj/staratelj/pacijent svojim potpisom pristaje na fotografiranje i neophodno RTG snimanje prije, tokom i nakon terapije, radi praćenja terapijskog toka, medicinske dokumentacije i fotodokumentacije u medicinsko-znanstvene, stručne ili obrazovne namjene pri čemu se poštuju načela Helsinške Deklaracije, te se na bilo koji način ne otkriva identitet pacijenta.

Roditelj/staratelj/pacijent koji dolazi iz drugog Kantona se obavezuje da će obezbjediti boravak pacijenta u Sarajevu za prva 24 sata poslije operacije, kako bi u slučaju eventualnih komplikacija bili u mogućnosti brzog javljanja na Univerzitetski Klinički Centar u Sarajevu (UKCS).

Potvrđujem da sam na meni razumljiv način upoznat/a od strane liječnika sa planiranim stomatološkim zahvatom u opštoj anesteziji, načinom liječenja, mogućim komplikacijama i neugodama samoga postupka, vrstom odabrane anestezije, te komplikacijama i rizicima koje nosi sama opšta anestezija. Upoznat/a sam da tokom i nakon trajanja anestezije mogu nastupiti ozbiljne komplikacije. Obavezujem se na slijeđenje preoperativnih i postoperativnih uputstava, svjestan/svjesna da nepoštivanje istih može ugroziti život pacijenta. Na sve svoje dodatne upite sam dobio/la potpunu informaciju od strane liječnika.

Svojim potpisom, svjesno i slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obavještenosti dajem saglasnost da se predloženi stomatološki tretman izvrši u opštoj anesteziji.

Vlastoručni potpis pacijenta

ili

Potpis zakonskog ovlaštenika
(roditelj/supružnik/staratelj/član porodice/drugi srodnik)

Ime i prezime pacijenta/roditelja/staratelja, JMBG, adresa, kontakt telefon:

Sarajevo, _____