



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

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

**SAGLASNOST PACIJENTA ILI RODITELJA /STARATELJA ZA
STOMATOLOŠKU INTERVENCIJU U OPŠTOJ ANESTEZIJI**

Ime i prezime pacijenta

Ime i prezime roditelja/staratelja

Potvrđujem da sam na meni razumljiv način upoznat/a od strane liječnika sa planiranim oralno-hirurškim i stomatološkim zahvatom, načinom liječenja, mogućim komplikacijama i neugodama samoga postupka, vrstom odabrane anestezije, te nuspojavama i rizicima koje nosi sama opšta anestezija. Upoznat/a sam da tokom i nakon trajanja anestezije mogu nastupiti ozbiljne komplikacije. 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 hirurški i stomatološki tretman izvrši u opštoj anesteziji.

†
Vlastoručni potpis bolesnika:

_____ ili

†
Potpis zakonskog ovlaštenika (○roditelj ○supružnik ○staratelj ○član porodice ○drugi srodnik):

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

Sarajevo: datum, _____