

NÕUSOLEK STATIONAARSEKS PSÜHHIAATRILISEKS RAVIKS

Mina,

(perekonna- ja eesnimi)

annan oma nõusoleku statsionaarseks psühhiaatriliseks raviks ja kinnitan, et:

1. Mõistan, et minule on vajalik ravi ja nõustun statsionaarse psühhiaatrilise raviga psühhiaatrikliinikus.
2. Mind on mulle arusaadaval moel, igakülgset ja piisavalt teavitatud minu tervise seisundist, haiguse olemusest, läbivaatamise ja uuringu tulemustest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest ning ravitegevusega seotud ohtudest ja võimalikest tagajärgedest.
3. Mõistan, et haigla on arste ja õdesid õpetav haigla, mistõttu raviprotsessi juures võivad viibida residendid, praktikandid ja teised kliinilises täiendõppes olevad isikud.
4. Statsionaarse ravi ajal ilmnevate uute asjaolude puhul jätan arstile võimaluse lahendada olukord vastavalt kaasaegse meditsiini headele tavadele ja kehtivatele õigusaktidele.
5. Nõustun, et minult võetakse vajadusel analüüse (uriin, veri jm).
6. Olen teavitanud arsti kõikidest mulle teadaolevatest ja minu tervisega seotud asjaoludest

Olen teadlik, et võin oma antud nõusoleku igal ajal tagasi võtta ja nõusoleku tagasivõtmine peab olema vormistatud kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis.

Patsiendi märkused ja erisoovid:

Patsient
(allkiri)

Arst
(nimi ja allkiri)

Kuupäev:

Soovin oma nõusoleku tühistada

täielikult

osaliselt.

Millistes osades:

Patsiendi allkiri:

Kuupäev:

SOOVITUSLIK