

Tallinna Endokrinoloogia Kliinik
Reveron Baltic OÜ L02510

PATSIENDI ÜLDISE TEAVITAMISE JA NÕUSOLEKU VÕTMISE VORM

(patsiendi või patsiendi esindaja ees- ja perekonnanimi, isikukood)

Käesolevaga kinnitan allkirjaga, et raviarst Verner Fogel või diabeedi- ja jalaõde Kristel Vello

on mind teavitanud:

1. minu/minu poolt esindatava patsiendi / läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest vastava kliinilise pildi ja diagnoosi ning ravivõimaluste selgumisele;
2. tulemuste ettemääratlematusest meditsiiniteenuste osutamisel;
3. kliinilis-laboratoorsete uuringute läbiviimisest (vere-, uriini-, väljaheite analüüsid, minu/tema kliiniline objektiivne uurimine, haiguse kulu ja asjaolude selgitamine) vastavalt minu /tema seisundist tulenevale vajadusele ilma täiendava informeerimiseta.
4. õigustest:
 - 4.1. saada punktis 1 toodud teavet ka kirjalikult,
 - 4.2. keelduda punktis 1 toodud teabe vastuvõtmisest, kui sellega ei kahjustata minu/ patsiendi ega teiste isikute õigustatud huve,
 - 4.3. lasta tervishoiuteenust osutada üksnes vastaval nõusolekul,
 - 4.4. võtta antud nõusolekud tagasi,
 - 4.5. keelduda pakutud ravist, protseduurist vms ja soovida arutada alternatiivseid lahendusi,
 - 4.6. saada teisest arvamust;
5. kohustustest:
 - 5.1. avaldada tervishoiuteenuse osutajale oma parima arusaama järgi tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud kõik asjaolud,
 - 5.2. osutada tervishoiuteenuse osutajale lepingu täitmiseks vajalikku kaasabi.

Luban väljastada andmeid minu terviseseisundi kohta on: JAH

Visiiditasu ei maksa:Rasedad

Annan nõusoleku nõusolekut tervishoiuteenuse osutamiseks eeltoodud tingimustel

_____ patsiendi / patsiendi esindaja allkiri

_____ kuupäev