

ИНСТИТУТ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ ВОЈВОДИНЕ
Клиника за дечије болести
Нови Сад, Хајдук Вељкова 10

ПРИСТАНАК НА ИНТЕРВЕНЦИЈУ

Пристајем да се мом детету _____ изврши
предложена медицинска мера _____ .

Интервенција је мени у потпуности објашњена. Предочене су ми све могуће последице интервенције (теста), и то нормални ризици, могући ризици и изузетни ризици, па у пуној свести преузимам ризик њиховог наступанња.

Својим потписом потврђујем веродостојност података које сам дао/дала и разумевање претходног текста који сам прочитао/прочитала.

У Новом Саду,

дана _____ године

давалац пристанка

(потпис родитеља-старатеља)

(потпис и факсимил доктора)