

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

ПРИСТАНАК НА ОПЕРАЦИЈУ

Пристајем да се мом _____ изврши операција.

Операција је мени у потпуности објашњена. Предочене су ми све могуће последице операције и анестезије, и то нормални ризици, могући ризици и изузетни ризици, па у пуној свести преузимаам ризик њиховог наступања.

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)