

Naziv nositelja zdravstvene djelatnosti: _____

Šifra telemedicinskog centra: _____

Suglasnost za prisustvo drugih osoba tijekom telemedicinske usluge

1. **SVRHA.** Svrha ovog dokumenta je dobivanje suglasnosti primatelja usluge (pacijenta) za prisustvo drugih osoba tijekom telemedicinske usluge sukladno članku 17. stavku 4. Pravilnika o uvjetima organizaciji i načinu obavljanja telemedicine ("Narodne Novine" broj 89/09).
2. Tijekom telemedicinske usluge u telemedicinskom centru smiju se nalaziti telekonzultanti, tražitelji usluge i primatelj usluge (pacijent).
3. Uz primatelja usluge (pacijenta) koji nije pri svijesti ili ima težu duševnu smetnju ili je poslovno nesposoban ili maloljetan, u telemedicinskom centru smije se nalaziti i zakonski zastupnik, odnosno skrbnik primatelja usluge (pacijenta).
4. Iznimno, uz pisanu suglasnost primatelja usluge (pacijenta) ili zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika primatelja usluge (pacijenta) u telemedicinskom centru smiju biti prisutni zdravstveni radnici i osobna pratnja primatelja usluge (pacijenta) navedeni u suglasnosti.
5. Ova suglasnost se izdaje u dva (2) primjerka, jedan (1) primjerak zadržava tražitelj usluge, a jedan (1) primjerak zadržava primatelj usluge (pacijent).
6. **PRIVATNOST.** Poduzete su sve mjere zaštite privatnosti podataka primatelja usluga (pacijenta) tijekom pružanja telemedicinske usluge u skladu sa svim važećim zakonskim propisima.
7. **PRAVA.** Primatelj usluga (pacijent) može u bilo koje vrijeme povući ovu suglasnost bez utjecaja na zdravstvenu skrb ili gubitka bilo kojih prava.

Potpis: _____
(Pacijent ili zakonski zastupnik)

Ime i prezime _____
(pacijent)

Ime i prezime _____
(zakonski zastupnik)

Odbijam prisustvo drugih osoba

Datum: _____

Potpis: _____
(Pacijent ili zakonski zastupnik)

Vrijeme: _____

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju: _____

Mjesto rođenja: _____

Datum rođenja: _____

Ime i prezime: _____

Ime i prezime: _____

Ime i prezime: _____

Ime i prezime: _____

(zdravstveni radnici/osobna pratnja koji su predmet ove suglasnosti)

Datum: _____

Vrijeme: _____

Odnos između zakonskog zastupnika i pacijenta: _____

Potpis i faksimil doktora medicine: _____

M.P.