

 Zdravstveni dom Brežice	OBRAZEC	Številka obrazca: OBR DZŽ 02
	IZJAVA PACIENTKE O PROSTOVOLJNI PRIVOLITVI ZA ODSTRANITEV MATERNIČNEGA VLOŽKA PO POJASNILU	Verzija: 01 Datum: 5. 7. 2024

Izjava pacientke o prostovoljni privolitvi za odstranitev materničnega vložka po pojasnilu

Spoštovani!

Prosimo vas, da naslednjo informacijo skrbno preberete.

Zaprosila sem za odstranitev materničnega vložka in razumem, da se maternični vložek lahko odstrani kadarkoli v menstruacijskem ciklusu. Seznanjena sem z možnostjo nosečnosti, če sem imela nezaščitene spolne odnose v zadnjih sedmih dneh pred odstranitvijo materničnega vložka. V tem primeru lahko zanositev preprečim z nujno hormonsko kontracepcijo ali takojšnjo vstavitvijo novega materničnega vložka. Zavedam se, da po odstranitvi materničnega vložka nisem več zaščitena pred neželjeno nosečnostjo in da potrebujem drugo metodo kontracepcije, če ne želim zanositi.

Izjavljam, da sem imela možnost pogovoriti se o mojih vprašanjih in nejasnostih in tako dajem soglasje za odstranitev materničnega vložka.

IZJAVA

Spodaj podpisana _____, rojena _____, izjavljam, da sem zaprosila za odstranitev materničnega vložka zaradi _____ ter da sem prejela vse informacije o odstranitvi materničnega vložka. Izjavljam, da sem imela možnosti za postavljanje vprašanj in prejela vse odgovore na moja vprašanja.

Zavedam se, da:

- po odstranitvi materničnega vložka nisem več zaščitena pred neželjeno nosečnostjo;
- potrebujem drugo metodo kontracepcije, če ne želim zanositi.

Izjavljam, da dajem soglasje za odstranitev materničnega vložka _____.

Dovolim / ne dovolim morebitne kasnejše kontakte za pridobivanje dodatnih informacij, na moj tel.: _____ ali e-naslov _____.

Podpis pacientke:

Datum:

Podpis zdravnika:

Podpisano v dveh izvodih, en izvod prejme pacientka, ena izvod se hrani v zdravstveni dokumentaciji.