

# Pregled Dokumentata| Broj 95/13

Početna (/) / Dokumenti (/Docs/) / Službene novine Federacije BiH (/Docs/Drzavni) / Dokumenti pregled

## Službene novine Federacije BiH, broj 95/13

Na osnovu člana 19. stav 5. a u vezi sa članom 80. Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata ("Službene novine Federacije BiH", broj 40/10), federalni ministar zdravstva donosi

### PRAVILNIK

#### **O OBRASCU SAGLASNOSTI, ODNOSNO PRISTANKA PACIJENTA NA PREDLOŽENU MEDICINSKU MJERU, TE OBRASCU IZJAVE O ODBIJANJU POJEDINE MEDICINSKE MJERE**

#### **I - OPĆE ODREDBE**

##### **Član 1.**

(1) Ovim pravilnikom uređuje se sadržaj obrasca saglasnosti, odnosno pristanka pacijenta na pojedinu predloženu medicinsku mjeru (u daljnjem tekstu: Obrazac saglasnosti), kao i sadržaj obrasca izjave o odbijanju pojedine medicinske mjere (u daljnjem tekstu: Obrazac izjave o odbijanju medicinske mjere).

(2) Pod medicinskom mjerom u smislu ovog pravilnika podrazumijevaju se preporučeni dijagnostički i terapijski postupci, kao i, u skladu sa propisima o zdravstvenoj zaštiti, dozvoljene metode i postupci alternativne medicine.

#### **II - OBRASCI SAGLASNOSTI, ODNOSNO PRISTANKA PACIJENTA NA PREDLOŽENU MEDICINSKU MJERU I IZJAVE O ODBIJANJU POJEDINE MEDICINSKE MJERE**

##### **Član 2.**

(1) Pristanak pacijenta na predloženu medicinsku mjeru može biti izražen usmeno i pismeno u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.

(2) Pisani pristanak na predloženu medicinsku mjeru, pacijent, odnosno njegov zakonski zastupnik ili staratelj, izražava potpisivanjem Obrasca saglasnosti koji je sastavni dio ovog pravilnika (Prilog 1.).

(3) Pisani pristanak pacijenta na Obrascu saglasnosti obavezan je za invazivne dijagnostičke zahvate i operativne zahvate.

(4) Izuzetno od stava 3. ovog člana pisani pristanak pacijenta na Obrascu saglasnosti zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa može primijeniti i za druge medicinske mjere.

**Član 3.**

- (1) Pacijent ima pravo da predloženu medicinsku mjeru odbije, u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.
- (2) Pacijent, odnosno njegov zakonski zastupnik ili staratelj odbijanje predložene medicinske mjere izražava potpisivanjem Obrasca izjave o odbijanju medicinske mjere, koji je sastavni dio ovog pravilnika (Prilog 2.).

**Član 4.**

- (1) Ukoliko pacijent odbija da potpiše obrasce iz čl. 2. i 3. ovog pravilnika, nadležni doktor medicine/stomatologije sačinjava detaljnu službenu zabilješku u kojoj navodi razloge o tome.
- (2) Službena zabilješka mora biti potpisana od strane ordinirajućeg doktora medicine/stomatologije, te od još jedne osobe ukoliko je prisutna tokom obavještanja pacijenta.

**Član 5.**

- (1) Obrazac saglasnosti, odnosno obrazac izjave o odbijanju predložene medicinske mjere pacijent potpisuje nakon što je dobio dovoljno obuhvatno, tačno i blagovremeno obavještenje u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.
- (2) Obuhvatnost obavještanja cijeni se u svakom posebnom slučaju prema mogućnosti da pacijent nadležnom doktoru medicine/stomatologije može postavljati pitanja nakon ili u toku obavještanja i na njih dobivati njemu razumljive odgovore.
- (3) Tačnost obavještanja zasniva se na spoznatim medicinskim i drugim činjenicama tokom pregleda i liječenja pacijenta.
- (4) Blagovremenost obavještenja definira se kao obavještanje pacijenta o kliničkim nalazima i predloženim medicinskim mjerama, ostavljajući pacijentu najmanje 24 sata od davanja obavještenja, da može razmisliti o svojoj odluci, izuzev u hitnim slučajevima.

**Član 6.**

Obavještenje iz člana 5. ovog pravilnika sadrži sljedeće:

obavještenje pacijenta o pravu na odlučivanje o pristanku, odnosno odbijanju predložene medicinske mjere, kao i o pravu na povlačenje pristanka,

obavještenje pacijenta o pravu na odbijanje prijema obavještenja, kao i mogućnošću da odredi osobu koja će primiti puno obavještenje u njegovo ime,

opis i objašnjenje dijagnoze i prognoze bolesti,

opis cilja i koristi od predložene medicinske mjere (termin),

opis i objašnjenje o vrsti i vjerovatnoći mogućih rizika, bolnih i drugih sporednih ili trajnih posljedica, a u skladu sa stručnim stavovima,

opis i objašnjenje mogućih promjena stanja poslije poduzimanja predložene medicinske mjere, kao i mogućim nužnim

promjenama u načinu života,

objašnjenje dejstva lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka,

upoznavanje sa drugim mogućim metodama liječenja sa opisom koristi i rizika svake od tih metoda, uključujući i efekt neliječenja,

objašnjenje o daljem toku pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostalim uslugama koje su na raspolaganju pacijentu, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama,

informacije o organizacijskim aspektima njegovog liječenja,

informacije o načinu zakazivanja pregleda, dijagnostičkih i terapijskih procedura i jasno objašnjenje u slučaju odgađanja ili odustajanja od medicinske mjere,

o listi čekanja, vremenu čekanja, načinu formiranja liste čekanja, kao i sa terminom izvođenja medicinske mjere, odnosno informacije o načinu zakazivanja termina,

informacija o zakazanom terminu za predloženu medicinsku mjeru,

pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

### **Član 7.**

(1) Obavještenje iz člana 5. ovog pravilnika daje nadležni doktor medicine/stomatologije, u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata u usmenoj ili pismenoj formi.

(2) Medicinske mjere za koje obavještenje treba biti u pisanoj formi i njihov sadržaj utvrđuje zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa.

(3) Obavještenje iz stava 2. ovog člana, sastavni je dio obrazaca iz člana 1. ovog pravilnika.

### **III - PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE**

### **Član 8.**

Zdravstvene ustanove i privatna praksa dužne su u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog pravilnika uskladiti svoje poslovanje sa odredbama ovog pravilnika.

### **Član 9.**

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj 01-37-6560/13  
20. novembra 2013. godine  
Sarajevo

Ministar  
Prof. dr. **Rusmir Mesihović**, s. r.

## Prilog 1.

## OBRAZAC SAGLASNOSTI

Zdravstvena ustanova:		
Organizaciona jedinica:		
----- (naziv predložene medicinske mjere)		
Mjesto:.....dan/mjesec/godina/	vrijeme:	
..... (ime, ime jednog roditelja i prezime pacijenta)	Datum rođenja pacijenta:	SPOL
..... (ime i prezime zakonskog zastupnika/staratelja)		M      Ž
Mjesto rođenja:	Adresa stanovanja:	Broj zdravstvene knjižice:
Popunjava zdravstvena ustanova		

## Popunjava pacijent:

Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobio/la obavještenja i informacije o predloženoj medicinskoj mjeri prije procedure. Informacije sam dobio/la na razumljivom jeziku usmeno/pismeno, odnosno i usmeno i pismeno (zaokružiti) od nadležnog doktora medicine/stomatologije, i to:	Molimo Vas da svaku pročitano izjavu parafirate
Obaviješten/a sam da nakon dobivanja svih obavještenja i informacija mogu odbiti predloženu medicinsku mjeru	
Obaviješten/a sam da mogu odbiti prijem obuhvatne, tačne i blagovremene obavijesti o mojoj bolesti, načinu i toku liječenja, kao i da mogu ovlastiti drugu osobu da primi ista u moje ime, te izjavljujem da:	
1. pristajem primiti obavještenja	
2. ne pristajem primiti obavještenja	
3. ovlaštujem.....da primi obavještenja u moje ime	
Opisani su mi i objašnjeni moja dijagnoza i prognoza bolesti	
Opisani su mi cilj i koristi od predložene medicinske mjere	
Objašnjeni su mi vrste i vjerovatnoća mogućih rizika, bolnih i drugih sporednih ili trajnih posljedica	
Obaviješten/a sam o mogućim promjenama stanja poslije poduzimanja predložene medicinske mjere, kao i mogućim nužnim promjenama u načinu života	
Obaviješten/a sam o dejstvu lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka	
Obaviješten/a sam o drugim mogućim metodama liječenja sa opisom koristi i rizika svake od tih metoda, uključujući i efekt neliječenja	
Informiran/a sam o daljem toku pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostale usluge koje su mi na raspolaganju, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama	
Obaviješten/a sam o pravu na odlučivanje o predloženoj medicinskoj mjeri, o pravu na odbijanje medicinske mjere, kao i sa mogućnošću povlačenja pristanka	
Informiran/a sam o organizacijskim aspektima liječenja, o listi čekanja, vremenu čekanja, načinu formiranja liste čekanja, odnosno informacije o načinu zakazivanja termina	
Upoznat/a sam sa terminom izvođenja medicinske mjere	
Bilo mi je omogućeno da postavljam pitanja i da na njih dobijem zadovoljavajuće odgovore	
<b>Pacijent/ zakonski zastupnik/staratelj pacijenta <u>obavezno</u> potpisuje jednu od navedenih Potvrda, a u skladu sa okolnostima datog slučaja</b>	
..... (ime i prezime doktora medicine/stomatologije)	Potvrđujem da sam primio/la sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije i izjavljujem da slobodnom voljom, pristajem na predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.

<p>.....</p> <p>(potpis i faksimil liječnika)</p>	<p>.....</p> <p>(potpis pacijenta)</p> <hr/> <p>(potpis zakonskog zastupnika/staratelja)</p>
<p>.....</p> <p>(ime i prezime doktora medicine/stomatologije)</p> <p>.....</p> <p>(potpis i faksimil liječnika)</p>	<p>Potvrđujem da sam odbio/la primiti sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije i izjavljujem da slobodnom voljom, pristajem na predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.</p> <p>.....</p> <p>(potpis pacijenta)</p> <hr/> <p>(potpis zakonskog zastupnika/staratelja)</p>
<p>.....</p> <p>(ime i prezime doktora medicine/stomatologije)</p> <p>.....</p> <p>(potpis i faksimil liječnika)</p>	<p>Potvrđujem da sam odbio/la primiti sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije, te odredio/la osobu koja će iste primiti za mene, i izjavljujem da slobodnom voljom pristajem na predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.</p> <p>.....</p> <p>(potpis pacijenta)</p> <hr/> <p>(potpis zakonskog zastupnika/staratelja)</p>

## Prilog 2.

## OBRAZAC IZJAVE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MJERE

Zdravstvena ustanova:			
Organizaciona jedinica:			
----- (naziv predložene medicinske mjere)			
Mjesto:.....dan/mjesec/godina/		vrijeme:	
..... (ime, ime jednog roditelja i prezime pacijenta)	Datum rođenja pacijenta:	SPOL	
		M	Ž
..... (ime i prezime zakonskog zastupnika/staratelja)	Mjesto rođenja:	Adresa stanovanja:	Broj zdravstvene knjižice:
<i>Popunjava ovlaštena osoba zdravstvene ustanove /privatne prakse</i>			

## Popunjava pacijent:

Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobio/la obavještenja i informacije o predloženoj medicinskoj mjeri prije procedure. Informacije sam dobio/la na razumljivom jeziku usmeno/pismeno, odnosno i usmeno i pismeno (zaokružiti) od nadležnog doktora medicine/stomatologije, i to:	Molimo Vas da svaku pročitano izjavu parafirate
Obaviješten/a sam da nakon dobivanja svih obavještenja i informacija mogu odbiti predloženu medicinsku mjeru	
Obaviješten/a sam da mogu odbiti prijem obuhvatnog, tačnog i blagovremenog obavještenja o mojoj bolesti, načinu i toku liječenja, kao i da mogu ovlastiti drugu osobu da primi ista u moje ime, te izjavljujem da:	
1. pristajem primiti obavještenja	
2. ne pristajem primiti obavještenja	
Opisani su mi i objašnjeni moja dijagnoza i prognoza bolesti	
Opisani su mi cilj i koristi od predložene medicinske mjere	
Objašnjeni su mi vrste i vjerovatnoća mogućih rizika, bolnih i drugih sporednih ili trajnih posljedica	
Obaviješten/a sam o mogućim promjenama stanja poslije poduzimanja predložene medicinske mjere, kao i mogućim nužnim promjenama u načinu života	
Obaviješten/a sam o dejstvu lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka	
Obaviješten/a sam o drugim mogućim metodama liječenja sa opisom koristi i rizika svake od tih metoda, uključujući i efekt neliječenja	
Informiran/a sam o daljem toku pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostale usluge koje su mi na raspolaganju, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama	
Obaviješten/a sam o pravu na odlučivanje o predloženoj medicinskoj mjeri, o pravu na odbijanje medicinske mjere, kao i sa mogućnošću povlačenja pristanka	
Informiran/a sam o organizacijskim aspektima liječenja, o listi čekanja, vremenu čekanja, načinu formiranja liste čekanja, odnosno informacije o načinu zakazivanja termina	
Upoznat/a sam sa terminom izvođenja medicinske mjere	
Bilo mi je omogućeno da postavljam pitanja i da na njih dobijem zadovoljavajuće odgovore	
<b>Pacijent/zakonski zastupnik/staratelj pacijenta <u>obavezno</u> potpisuje jednu od navedenih Potvrda, a u skladu sa okolnostima datog slučaja</b>	

<p>.....  (ime i prezime doktora medicine/stomatologije)</p> <p>.....  (potpis i faksimil liječnika)</p>	<p>Potvrđujem da sam primio/la sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije izjavljujem da slobodnom voljom <b>ODBIJAM</b> predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.</p> <p>.....  (potpis pacijenta)</p> <hr/> (potpis zakonskog zastupnika/staratelja)
<p>.....  (ime i prezime doktora medicine/stomatologije)</p> <p>.....  (potpis i faksimil liječnika)</p>	<p>Potvrđujem da sam odbio/la primiti sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije i izjavljujem da slobodnom voljom <b>ODBIJAM</b> predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.</p> <p>.....  (potpis pacijenta)</p> <hr/> (potpis zakonskog zastupnika/staratelja)