**IZJAVA O SEZNANITVI**

Podpisani\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime in priimek pacienta\_ke)

rojen\_a dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na/v \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime kraja rojstva)

**izjavljam**,

da me je zdravnik\_ca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki pri izvajalcu

(ime in priimek zdravnika\_ce)

zdravstvene dejavnosti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv izvajalca zdravstvene dejavnosti)

uporablja nerutinsko pripravljeno zdravilo za napredno zdravljenje, pred uporabo nerutinsko

pripravljenega zdravila za napredno zdravljenje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(kratek opis pripravka)

ki ga pripravlja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime in naslov poslovnega subjekta, ki pripravlja nerutinsko pripravljena zdravila za napredno zdravljenje)

dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(datum seznanitve)

**seznanil\_a s postopkom zdravljenja in tveganji, povezanimi z zdravljenjem z nerutinsko pripravljenim zdravilom za napredno zdravljenje**.

Zdravnik\_ca, ki me je seznanil\_a s postopkom zdravljenja in tveganji, mi je dal\_a možnost, da postavim vprašanja v zvezi z zdravljenjem in tveganji, in mi na zastavljena vprašanja tudi podal\_a odgovore.

V/na: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pacient\_ka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(lastnoročni podpis in datum podpisa izjave)

Zdravnik\_ca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(lastnoročni podpis in datum podpisa izjave)