

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenom na potpunoj obaviještenosti o postupku koju sam dobio/dobila u pisanom obliku (Pravilnik preporuka i obveza korisnika i pripadajućih zdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u Programu organizirane skupne tjelovježbe osoba s kardiovaskularnim bolestima pod nadzorom prvostupnika fizioterapije nakon stratifikacije rizika za tjelovježbu, koju je proveo kardiolog Službe ambulantne rehabilitacije), prihvaćam sudjelovanje u usluzi Poliklinike za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju, koja se provodi na osobni zahtjev i sukladno cjeniku Poliklinike pod nazivom:

„Program organizirane skupne tjelovježbe osoba s kardiovaskularnim bolestima pod nadzorom prvostupnika fizioterapije nakon stratifikacije rizika za tjelovježbu koju je proveo kardiolog Službe ambulantne rehabilitacije“.

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum rođenja: _____

Spol: _____

Mjesto rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Broj telefona za kontakt _____

Potpis pacijenta _____

Služba ambulantne rehabilitacije

Poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju

Draškovićeva 13, Zagreb

Potpis i faksimil kardiologa _____

U Zagrebu, _____