

Ime in priimek \_\_\_\_\_

Rojena \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Stanujoča \_\_\_\_\_

Telefonska številka pacientke \_\_\_\_\_

Datum in ura \_\_\_\_\_ ob \_\_\_\_\_

Izjavljam, da:

- a) **Nimam veljavne napotnice za pregled pri specialistu oz. za bolnišnično zdravljenje. V kolikor bo zdravnik ugotovil, da ne gre za nujno stanje bom za pregled oziroma zdravljenje plačala.**
- b) **Nimam urejenega zdravstvenega zavarovanja. V kolikor bo zdravnik ugotovil, da ne gre za nujno stanje bom za pregled oziroma zdravljenje plačala.**
- c) **Sem za opravljeno storitev samoplačnica in ne bom uveljavljala povračila stroškov na zavarovalnici.**

Izjavljam, da sem se prostovoljno odločila za pregled oz. zdravljenje v BGP Kranj. Pred pričetkom sem bila obveščena s pogoji in načinom plačila.

V kolikor opravljenih storitev ne bom plačala, bo BGP Kranj izterjala znesek oz. svojo terjatev preko sodišča.

Podpis pacientke:

**MNENJE ZDRAVNIKA:**

Izjavljam, da je ob trižnem pregledu ugotovljeno, da:

- a) **GRE ZA** nujno medicinsko pomoč, nujno zdravljenje oz. neodložljive zdravstvene storitve – opravičuje izstavitev zahtevka za povračilo sredstev iz proračuna RS za nujno zdravljenje oseb.
- b) **NE GRE ZA** nujno medicinsko pomoč, nujno zdravljenje oz. neodložljive zdravstvene storitve – pacientka je dolžna plačati opravljene storitve.

\_\_\_\_\_  
spec. za gin. in por.

**ZAVOD ZAPUŠČAM NA LASTNO ŽELJO IN ODGOVORNOST!**

Podpis pacientke: