

ИЗЈАВА

О ДАВАЊУ САГЛАСНОСТИ ЧЛАНА ПОРОДИЦЕ, ОДНОСНО ДРУГОГ БЛИСКОГ ЛИЦА ЗА УЗИМАЊЕ ОРГАНА, ОДНОСНО ТКИВА СА УМРЛОГ ЛИЦА

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О ПРЕМИНУЛОМ ЛИЦУ:

Име и презиме: Број историје болести: Датум рођења:
дан месец годинаЈМБГ: Место пребивалишта и адреса
Улица и број
Место
Општина
Држављанство

ИЗЈАВА

Пошто је утврђена мождана смрт и обављен разговор, овим **ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ ЗА УЗИМАЊЕ ОРГАНА И ТКИВА** са умрлог члана породице / блиског лица.

Сви органи	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>	Сва ткива	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
Само следећи органи:			Само следећа ткива:		
<input type="checkbox"/> Срце		<input type="checkbox"/> Плућа	<input type="checkbox"/> Рожњача		<input type="checkbox"/> Крвни судови
<input type="checkbox"/> Јетра		<input type="checkbox"/> Панкреас	<input type="checkbox"/> Ћелије јетре		<input type="checkbox"/> Срчани залисци
<input type="checkbox"/> Бубрези		<input type="checkbox"/> Црева	<input type="checkbox"/> Кости		<input type="checkbox"/> Кожа

Изјава је донета на основу:	<input type="checkbox"/>	жеље покојника изражене у писменом облику (донаторске картице)
	<input type="checkbox"/>	изражене жеље покојника усмено
	<input type="checkbox"/>	претпостављене жеље покојника
	<input type="checkbox"/>	жеље породице

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О ЧЛАНУ ПОРОДИЦЕ, ОДНОСНО ДРУГОМ БЛИСКОМ ЛИЦУ:

Име и презиме: Телефон: ЈМБГ: Адреса: Место: Датум
дан месец годинаВреме:
сат минут

Потпис даваоца изјаве