

Прилог 1.
ОБРАЗАЦ ПИСМЕНОГ ПРИСТАНКА ПУНОЛЕТНОГ СПОСОБНОГ
ПРИМАОЦА ЗА ПРИМЕНУ ЉУДСКИХ ЋЕЛИЈА И ТКИВА

Изјављујем да на основу своје слободне воље формиране на основу потпуне информације о сврси и природи пресађивања ћелија односно ткива вероватноћи њеног успеха, уобичајеним последицама пресађивања, могућим ризицима односно забележеним озбиљним нежељеним догађајима и озбиљним нежељеним реакцијама као и могућим алтернативама пресађивања, дајем

пристанак за примену _____
(навести ћелије и ткива ткива)

алогеним/аутологним пресађивањем ради лечења

Здравствена установа _____

Организациона јединица _____

Место и датум _____

Име и презиме примаоца људских ћелија и ткива

Пол _____ М _____ Ж _____

Место пребивалишта и адреса

улица и број _____

место _____

општина _____

држављанство _____

Датум рођења примаоца људских ћелија и ткива (дан, месец, година) _____

Потпис примаоца људских ћелија и ткива

Потпис чланова комисије који су обавили разговор и печат здравствене установе

1. _____

2. _____

3. _____