

## IZJAVA O SUDJELOVANJU I SUGLASNOSTI

### Program za sistematsko liječenje bolesti dijabetes melitus tip 2

Prezime i ime osiguranika

Broj osiguranja

Osiguravajući zavod

Adresa (ulica / broj pošte / mjesto)

- Izjavljujem spremnost da aktivno sudjelujem u programu „Aktivna terapija“. Dogovorit ću se zajedno sa svojim liječnikom o ciljevima terapije (više kretanja, zdrava ishrana, prestanak pušenja, poboljšane vrijednosti krvnog tlaka i laboratorijskih nalaza, smanjenje težine) i držat ću se tih ciljeva.
- Slažem se s tim da tijekom programa od socijalnog osiguranja dobivam saopćenja koja su važna za dijabetes.
- Ovu suglasnost mogu u svako doba pismeno opozvati i tim opozivom automatski izlazim iz programa za sistematsko liječenje bolesti dijabetes melitus tip 2.

Datum

Potpis osiguranika

### Popunjava liječnik:

Prvi upis

Promjena liječnika

Mjesto i datum prvog upisa

Potpis liječnika „Aktivne terapije“

Ime i broj ugovornog partnera

Adresa

Pečat ordinacije