

IZJAVA O UČEŠĆU I SAGLASNOSTI

Program za sistematsko lečenje bolesti dijabetes melitus tip 2

Prezime i ime osiguranika

Broj osiguranja

Osiguravajući zavod

Adresa (ulica / broj pošte / mesto)

- Izjavljujem spremnost da aktivno učestvujem u programu „Aktivna terapija“. Dogovoriću se zajedno sa svojim lekaresom o ciljevima terapije (više kretanja, zdrava ishrana, prestanak pušenja, poboljšane vrednosti krvnog pritiska i laboratorijskih nalaza, smanjenje težine) i držaću se tih ciljeva.
- Slažem se s tim da u toku programa od socijalnog osiguranja dobijam saopštenja koja su važna za dijabetes.
- Ovu saglasnost mogu u svako doba pismeno opozvati i tim opozivom automatski izlazim iz programa za sistematsko lečenje bolesti dijabetes melitus tip 2.

Datum

Potpis osiguranika

Popunjavanje lekara:

Prvi upis

Promena lekara

Mesto i datum prvog upisa

Potpis lekara „Aktivne terapije“

Ime i broj ugovornog partnera

Adresa

Pečat ordinacije