

**SUGLASNOST NA PRISTANAK
ADMISSION AGREEMENT**

Ako imate bilo kakvih pitanja o ovom dokumentu ili ako ne razumijete neki dio, ili ako trebate prevodioca, pitajte Vašeg doktora ili drugog zdravstvenog radnika.

If you have any questions about this document or do not understand any portion of it, or need an interpreter, ask your physician or other health provider.

Ime pacijenta: _____
Name of Patient:

Ime glavnog doktora: _____
Name of Attending Physician(s):

Datum prijema: _____ Vrijeme: _____ (prije podne) (poslije podne)
Date of Admission: _____ Time: _____ (a.m.) (p.m.)

Ja, _____,
(Ime pacijenta ili ime ovlaštenog lica koje zastupa pacijenta)

se slažem sa njegovom i liječenjem koje glavni doktor i drugi doktori koji me nadgledaju smatraju neophodnim, i koje je vođeno ili pruženo od strane ove ustanove, njenog osoblja, zaposlenih, agenata i studenata.

I, _____, hereby
(Name of patient or Name of authorized representative acting on behalf of patient)
consent to the rendering of such care and treatment as the named attending physician(s) and other physicians who may attend to me consider to be necessary and as may be administered or rendered by this facility, its staff, employees, agents and students.

Ja potvrđujem da njega koja mi je pružena u ovoj ustanovi je pod nadzorom mojih doktora. Ova ustanova nije odgovorna za djela i greške mojih doktora.

I acknowledge the care I receive while in the facility is under the direction of my physician(s). This facility is not responsible for the acts or omissions of my physician(s).

Ja razumijem da prakticanje medicine i operacije nisu savršene nauke i da dijagnoza i liječenje mogu uključiti rizik od povrede, ili čak smrt. Ja potvrđujem da mi ova ustanova nije dala garancije o rezultatu pregleda ili liječenja u ovoj ustanovi.

I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks of injury, or even death. I acknowledge that no guarantees have been made to me as to the result of examination or treatment in this facility.

Ja razumijem da mnogi doktori koji su dio osoblja ove ustanove, uključujući gore navedenog glavnog doktora, ne moraju biti radnici ili agenti ustanove, ali mogu biti neovisni poduzetnici koji su dobili dozvolu da koriste ustanovu za njegu i liječenje svojih pacijenata. Dalje, ja shvatam da medicinski, zdravstveni radnici, i medicinske sestre koji su na treningu mogu biti prisutni njezi pacijenta kao dio njihove obuke, osim ako je drugačije zahtijevano. Slike, video kasete ili drugi elektronski snimci mogu biti korišteni u obrazovne svrhe, osim ako pacijent to ne želi.

I understand that many of the physicians on the staff of this facility, including the attending physician(s) named above, may not be employees or agents of the facility, but, may be independent contractors who have been granted approval to use the facility for the care and treatment of their patients. Further, I realize that there may be medical, nursing and other health care personnel in training who, unless requested otherwise, may be present during patient care as a part of their education. Photographs, video or other electronic imaging may be used for educational purposes, unless a patient expressly requests otherwise.

DOZVOLA ZA DAVANJE INFORMACIJA RELEASE OF INFORMATION

Ja razumijem da ova ustanova i doktori koji me liječe mogu slijedećim osobama dati bilo kakve zdravstvene informacije o mojoj njezi, uključujući kopije mojih medicinskih nalaza:

I hereby acknowledge that this facility and my treating physician may release, by electronic means or otherwise, any medical information concerning my care, including copies of my medical records, to the following:

- **Bilo kojem zdravstvenom stručnjaku uključenom u moju njegu u svrhu nastavljnja moje medicinske njege**
- any health professionals involved in my care for the purpose of facilitating the continuity of my medical care

- Bilo kojoj osobi ili odgovornoj organizaciji, ili osobi ili organizaciji u ulozi agenta, stranci odgovornoj za plaćanje, uključujući treće osobe odgovorne za plaćanje, osobe sa privatnim osiguranjem, nosioci osiguranja za povrede na poslu i državne organizacije, plaćanje za zdravstvene usluge, koje su mi pružene od strane zaposlenih u ovoj ustanovi ili bilo koje osobe koja pruža usluge ili je član ove ustanove
- any person or entity responsible for, or any person or entity acting as agent for, the party responsible for payment, including third party payors, self-insurers, worker's compensation carriers and governmental agencies, payment for the medical services rendered to me at the facility by employees of the facility or any person providing services at the facility or any affiliate
- bilo kojim državnim, republičkim ili drugim takozvanim državnim agencijama ili drugim sličnim strankama kao što je to zakonski zahtjevano u svrhu izvještavanja, ili određivanja kvalifikacija za programe sponzorirane od države
- any federal, state or other governmental or quasi-governmental agencies or other such parties as required by law for purposes of reporting, or for purposes of determining eligibility in government sponsored benefit programs
- bilo kojoj osobi ili organizaciji koja učestvuje u proučavanju kvalitete, pregleda troškova ili sličnim proučavanjima o njezi pruženoj od ove ustanove, njenih članova i/ili doktora
- any person or entity participating in quality studies, utilization review or similar studies of the care rendered by the facility, affiliates and/or their physicians
- dostavniku krvi ili krvnih produkata koji mi mogu biti pruženi, a u svrhu kontrole kvaliteta i nadgledanja primaoca krvi
- the supplier of any blood or blood products which may administered to me for the purposes of quality control and recipient monitoring
- za nastavak njege, kućnog ili dužeg bolničkog smještaja, ili agenciji za kućne posjete u svrhu pružanja njege
- any continuing care, residential, or long-term facility, or home health agency for the purpose of providing services for my care

**PRAVA PACIJENTA
PATIENT RIGHTS**

Ja potvrđujem primanje informacija o pravima pacijenta, koja opisuju moja prava u ovoj ustanovi.

I acknowledge receipt of the patient rights information explaining my rights as a patient of this facility.

ADVANCE DIRECTIVES *
(Uputstva za primjenu daljnjih medicinski neophodnih koraka kada pacijent nije u mogućnosti da sam odlučuje)
ADVANCE DIRECTIVES

Ja potvrđujem da sam upitan/a o posjedovanju ADVANCE DIRECTIVES *, i da sam obavješten/a o svom pravu da donosim medicinske odluke, pravu na ADVANCE DIRECTIVES * u skladu sa zakonom, pravilniku ustanove o ispoštovanju ADVANCE DIRECTIVES *, i pravu da ne budem diskriminisan/a neovisno o tome da li posjedujem ADVANCE DIRECTIVES * ili ne.

Inicijali
pacijenta

I acknowledge that I have been asked if I have an advance directive and have been informed of my right to make medical decisions, my right to make an advance directive pursuant to state law, the facility's policy concerning honoring advance directives and my right not to be discriminated against based on whether I have an advance directive.

Patient
initials

**DRAGOCJENOSTI/ ODGOVORNOSTI PACIJENTA
VALUABLES/PATIENT RESPONSIBILITY**

Savjetovan/a sam da ostavim dragocjenosti kod kuće (ili da ih predam u sef ustanove) za vrijeme boravka u bolnici. Ako odlučim da tako ne postupim, prihvatom svu odgovornost za gubitak ili štetu načinjenu ličnoj imovini, uključujući novac, kreditne kartice, odjeću, nakit, naočale/kontaktne sočiva, dentalne sprave, slušne aparate, dokumente, prtljag ili bilo koje druge stvari tokom mog boravka.

I have been advised to leave valuables at home (or deposit valuables in the facility's safe) during hospitalization. Should I choose not to do so, I assume all responsibility for the loss of, or damage to, any personal property including money, credit cards, clothing, jewelry, glasses/contacts, dental devices, hearing aids, documents, luggage or any other items during my stay.

**PLAĆANJE ZA ZDRAVSTVENU I NJOJ SRODNU NJEGU
PAYMENT FOR MEDICAL AND RELATED CARE**

Ja se slažem da platim ustanovi i doktorima za sve usluge pružene od ove ustanove. Mnogo doktora koji pružaju usluge pacijentu su samostalni poduzetnici i nisu radnici ili agenti ove ustanove. Prema tome, ja razumijem da mogu dobiti poseban račun za njihove usluge. Ako potreba za izdavanje uputnice, traženje drugog mišljenja ili prekvalifikaciju za odobrenje njege, kao što je zahtijevano od strane moga osiguranja, kategorije osiguranja ili druge osobe odgovorne za plaćanje, nije ispunjena, ja, kao pacijent i/ili garantor, u nekim slučajevima, mogu lično biti odgovoran za ove troškove.

I agree to pay the facility and physicians for all services rendered at this facility. Many physicians furnishing services to the patient are independent contractors and are not employees or agents of this facility. Consequently, I understand that I may receive a separate bill for their services. If the requirements for referral, second opinion or pre-certification of care as outlined by my insurer, benefit plan or other payor, have not been followed, I, as patient and/or guarantor, may in some instances be personally responsible for all charges incurred.

**DODJELJIVANJE PRIVILEGIJA
ASSIGNMENT OF BENEFITS**

Ja ovim odobravam i dodjeljujem plaćanje ovoj ustanovi kao naknadu ili naplatu bilo koje vrste od strane Medicare-a, Medicaid-a ili bilo koje treće stranke odgovorne za plaćanje, za bilo koji dio i potpune troškove koje su ova ustanova i/ili samostalni poduzetnici koji nude usluge u ovoj ustanovi pretrpjeli za moju zdravstvenu i njoj srodnu njegu.

I hereby authorize and assign payment to this facility of any type of reimbursement or payment due from Medicare, Medicaid or any other third party payor, for any and all cost incurred for my medical and related care at this facility and/or by the independent contractors providing services at this facility.

**OBAVJEŠTENJE O TRETIRANJU PRIVATNOSTI
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Ja ovim potvrđujem da sam dobi-o/-la kopiju obavještenja ove ustanove o tretiranju privatnosti koja objašnjava korištenje i otkrivanje zaštićenih zdravstvenih informacija, bilo koje vrste, od strane ove ustanove.

Inicijali
pacijenta

I hereby acknowledge that I have received a copy of this facility's notice of privacy practices that explains this facility's use and disclosure of any protected health information.

Patient
initials

OVAJ DOKUMENT MI JE U POTPUNOSTI OBJAŠNJEN, I JA SAM ZADOVOLJAN/NA S TIM ŠTO RAZUMIJEM NJEGOV SADRŽAJ I VAŽNOST.

THIS FORM HAS BEEN FULLY EXPLAINED TO ME, AND I AM SATISFIED THAT I UNDERSTAND ITS CONTENT AND SIGNIFICANCE.

ILI

<i>Potpis pacijenta</i>	<i>Datum/Vrijeme</i>	<i>Potpis/srodstvo</i> <i>(Roditelj/Zakoniti staratelj/Odgovorna osoba)</i>
<i>Patient's Signature</i>	<i>Date/Time</i> <i>Date/Time</i>	<i>Signature/Relationship</i> <i>(Parent/Legal Guardian/Responsible Person)</i>

<i>Potpis svjedoka</i>	<i>Datum/Vrijeme</i>	<i>Potpis drugog svjedoka</i> <i>(Ako je usmeno/telefonski/pacijentov znak)</i>
<i>Witness' Signature</i>	<i>Date/Time</i> <i>Date/Time</i>	<i>Second Witness' Signature</i> <i>(If Oral/Telephone/Patient Mark)</i>

<i>Potpis garantora</i>	<i>Datum</i>	<i>Molimo Vas štampajte ime</i>
<i>Signature of Guarantor</i>	<i>Date</i>	<i>Please Print Name</i>