

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

UNITÀ OPERATIVA /OPERATIVNA JEDINICA _____

Dozvola za intervenciju jezikog posrednika

Consenso all'intervento del mediatore culturale

(serbo-croato-bosniaco)

Ja, dole potpisani/a _____ **dajem dozvolu**
Io sottoscritto/a _____ acconsento

- **za intervenciju jezikog posrednika, koji mora cuvati kao tajnu informacije vezane za mene, da prevede moj jezik i olaksa sanitarnom osoblju moje liječenje.**
(all'intervento del mediatore culturale, che è tenuto al segreto sulle informazioni che mi riguardano, per tradurre la mia lingua e facilitare gli operatori sanitari nel prendersi cura di me)

DA/SI []

NE/NO []

- **da se informise moja porodica /pratioci o mom zdravstvenom stanju i o eventualnoj potrebi dijagnoze i liječenja.**
(ad informare i miei famigliari/accompagnatori sul mio stato di salute e sulle eventuali necessità di diagnosi e cura)

DA/SI []

NE/NO []

- **Ako je odgovor DA:dozvoljavam da informisete g-dina/g-dju _____ rodbinski odnos _____**
(se sì:acconsento ad informare il/la sig./a _____ grado di parentela)

DATUM/DATA _____

POTPIS/FIRMA _____

Ako je pacijent nepismen, posrednik potvrđuje da je informisao g-dina /g-dju _____ o sadržaju ovog lista.
(Se il paziente è analfabeta il mediatore certifica di aver informato Il/la sig. _____ del contenuto di questo foglio)

POTPIS POSREDNIKA
FIRMA DEL MEDIATORE

POTPIS SANITARNOG RADNIKA
FIRMA DEL SANITARIO
