

Провинциско Претпријатие



за Здравствени Услуги

Автономна Провинција Тренто

Macedone

ПРЕЗИДИУМ НА БОЛНИЦАТА _____

ОПЕРАТИВНА ЕДИНИЦА _____

Согласност за посредување на културниот медијатор

Јас, долупотпишаниот / а _____ се согласувам

- **за посредување на културниот медијатор, кој е обврзан на доверливост на информации кои се однесуваат на мене, за да преведе на мојот јазик и да им олесни на здравствените работници во грижата за мене.**

ДА ☐

НЕ ☐

- **да го информира моето семејство / придружниците за мојата здравствена состојба и евентуална потреба од дијагноза и третман.**

ДА ☐

НЕ ☐

- **Ако ДА:**

Се согласувам да се информира г-от./г-ѓата. _____

Роднинска врска _____

ДАТА _____

ПОТПИС _____