

# ИЗЈАВА О ОДБИЈАЊУ ТЕСТИРАЊА НА АНТИТЕЛА COVID – 19

Медицинској установи: \_\_\_\_\_

ЈА \_\_\_\_\_

(име презиме, адреса)

НЕ ДАЈЕМ ПРИСТАНАК ДА СЕ МОЈЕ ДЕТЕ \_\_\_\_\_ ТЕСТИРА НА  
АНТИТЕЛА COVID – 19.

ОДБИЈАМ да се узорак крви мог детета \_\_\_\_\_ тестира на антитела COVID – 19.

ОДБИЈАМ да му се вади крв и да се подвргава било каквом тестирању и из узорка крви и из  
других узорака (слузи, телесне течности...).

ОДБИЈАМ да се над телом мог детета врши испитивање и тестирање да ли у себи има или  
нема антитела на COVID – 19.

Устав Републике Србије („Сл. Гласник РС“, бр. 98/2006) у члану 25 гарантује неповредивост  
физичког и психичког интегритета.

„Физички и психички интегритет је неповредив.

Нико не може бити изложен мучењу, нечовечном или понижавајућем поступању или  
кажњавању, нити подвргнут медицинским или научним огледима без свог слободно датог  
пристанка.“

Према Закону о правима пацијената, сваки пацијент (односно законски заступник  
пацијента) има права да пристане или не пристане на медицинке мере, дијагностичке мере  
и превентивне мере.

Такође Међународне конвенције прописују да се било које медицинке мере могу  
предузети само уз дат пристанак.

Сходо свему горе наведеном, не пристајем на тестирање, и не пристајем да се мом детету  
узима узорак крви, слузи, телесних течности... и не пристајем ни на какве дијагностичке  
нити превентивне мере над мојим дететом.

У \_\_\_\_\_

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ

Дана \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

