

PARTNERSTVO – UPORABNOST V PRAKSI, PREDNOSTI IN PASTI

Maja Pavlin-Klemenc¹

UVOD

Človekova osebnost je celota vseh duševnih, vedenjskih in telesnih značilnosti posameznika. Posameznikova osebnost se razvija in oblikuje v treh smereh – biološko, socialno in duhovno, vedno in v vsakem primeru pa deluje kot celota. Družina je prostor, kjer se dogajajo najpomembnejše zgodbe življenja. V družini se naučimo osnovnih oblik obnašanja, v družini prvič začutimo globino intimnosti, pripadnosti, ljubljenosti, hotenosti, želenosti ali pa odvečnosti, zavrženosti in nepripadnosti. Danes, v obdobju številnih družbenih sprememb, se mlajše generacije soočajo s poklicno in družinsko perspektivo, ki sta svobodnejši in morda obetavnejši kot prej, pa vendar bolj tvegani in negotovi. Vrednote in ideali zrcalijo človekovo duhovno razsežnost. V družinskem življenju in ljubezni se posamezne vrednote udejanjajo, tu črpajo svoj smisel (1, 2).

PARTNERSTVO

Navezovanje tesnih stikov je pomembno v življenju vsakega človeka, tesno prijateljstvo in partnerstvo pa naravni potrebi in vrednoti, ki ju priznavajo vse kulture. Ni nujno, da je to odnos med partnerji nasprotnega spola; zlasti v naši, zahodni kulturi se pojavljajo skupnosti istospolnih partnerjev tudi v obliki alternativnih družinskih skupnosti. Čedalje pogostejše so »netradicionalne« družine s samo enim od staršev (mami ali oče z otroki). V Združenih državah Amerike ocenjujejo, da bo do 18. leta starosti živel z biološkimi starši le 50 % otrok (3).

Partnerski odnosi se lahko razvijajo in oblikujejo vse življenje. Po Levingerju (4) lahko govorimo o petih stopnjah razvoja partnerskih odnosov:

- **stopnja A** začenja z občutenjem privlačnosti;
- nadaljnja **stopnja B** pomeni vzpostavljanje medsebojnih stikov in interakcij, ki izgradijo tesnejši odnos;
- **stopnja C** je lahko nadaljevanje in stabilizacija odnosa; na tej stopnji često pride do začetka skupnega življenja, lahko zakonske zveze;

¹ Maja Pavlin-Klemenc, dr. med., Zdravstveni dom Nova Gorica, Rejčeva 4, 5000 Nova Gorica.

- **stopnja D** lahko pomeni napredovanje odnosa brez slabšanja do naravnega konca zaradi smrti enega od partnerjev; zaradi smrti partnerja pride torej do prekinitve odnosa;
- kar je že **stopnja E**, ko v nekaterih primerih odnos stagnira, preneha zadovoljevati partnerja (poslabšanje, **stopnja D**); partnerja nekega dne ugotovita, da je njun odnos postal prazen in neobetaven,
- kar pogosto vodi v **stopnjo E**, pride do prekinitve odnosa, ločitve.

Ljubezenski odnos med odraslimi partnerji vsaj nekoliko spominja na navezanost in ljubezen, ki jo otrok od zelo zgodnje dobe čuti do staršev. Tip zgodnje navezanosti se oblikuje že v prvem letu starosti in po Ainsworthu in sodelavcih (5) lahko razlikujemo tri takšne tipe: tip varne navezanosti, tip tesnobno-ambivalentne navezanosti in tip izogibalne navezanosti. Tudi v medsebojni partnerski ljubezni odraslih je videti proces, ki spominja na odnose med otroki in starši. Zdi se, da lahko tudi ljubezensko razmerje odraslih oseb razvrstimo v podobne kategorije. V prvi kategoriji so osebe, ki nimajo težav pri vzpostavljanju tesnih odnosov z drugimi in opisujejo svoje ljubezenske odnose kot zanesljive, partnerje pa kot vredne zaupanja. V drugi kategoriji so osebe, ki doživljajo svojo ljubezen kot nekaj negotovega, pričakujejo, da bodo odbiti (tesnobno ambivalentni ljudje). V tretji kategoriji so osebe, ki imajo težave pri zblíževanju in pri svojem odnosu pogrešajo intimnost. Med slogi navezovanja in izbiro partnerja ter naravo in kakovostjo ljubezenskega odnosa sicer obstajajo povezave, pa vendar so daleč od tega, da bi med prvim in drugim lahko postavili preprost enačaj (2).

Število raziskav, ki proučujejo vlogo družine v kroničnih nenalezljivih boleznih in invalidnosti, strmo narašča. Raziskave kažejo na to, da kronične in resne telesne bolezni močno vplivajo na preostale družinske člane, partnerja ter na družino kot celoto. Posebne raziskave pa so posvečene tudi vplivu bipolarnih afektivnih motenj in podobnih psihiatričnih bolezni (6) na družino in partnerje. V slednjih je raziskovana tudi vloga neprofesionalnih prostovoljnih skupin in posameznikov. Kronični stres je neodvisen dejavnik tveganja za srčnožilne bolezni, posebej za fatalno kap pri ženskah srednjih let in to ostaja tudi po korekciji vseh preostalih, danes poznanih dejavnikov tveganja (7). Kronični stres in vloga družine ali partnerja bosta zanesljivo predmet raziskav tudi v prihodnjih letih.

Naraščajoče število dokazov kaže na koristen in tudi na škodljiv vpliv partnerja oz. družine na posameznikovo telesno zdravje. Ali je posredovanje družine koristno v preprečevanju in v zdravljenju kroničnih telesnih bolezni, je vprašanje, ki terja z dokazi podprt odgovor. Na to vprašanje je poizkušalo odgovoriti nekaj raziskav.

POSREDOVANJA DRUŽINE V PRIMERU TELESNIH BOLEZNI

Družine imajo močan vpliv na zdravje, ki je enakovreden dejavnikom tveganja, ki jih medicina sicer najpogosteje obravnava v preprečevanju in zdravljenju kroničnih nenalezljivih bolezni. Čustvena podpora je najvplivnejši tip posredovanja, ki ga nudi družina (8). Socialno in družinsko podporo lahko razdelimo v različne tipe posredovanja: v uporaben (instrumentalen), informacijski, čustven in občutek pripadnosti.

Uporabna oz. instrumentalna podpora npr. pomeni zagotavljanje določenih servisov, npr. prevoz do bolnišnice, dajanje inzulinskih injekcij.

Informacijska podpora običajno vključuje dajanje informacij, povezanih z zdravjem, kot je nasvet, kako iskati zdravniško pomoč ali pomoč domače lekarne (8).

Čustvena podpora je stalno pripravljen poslušalec, empatija ter občutek, da je nekdo ljubljen in zanj skrbijo. Občutek pripadnosti je čutenje, da je nekdo del družine ali neke druge netradicionalne skupnosti, ki skrbi za svoje člane. Očitno je, da se posredovanje družine preko teh različnih kategorij prekriva, toda raziskave kažejo, da ima čustvena podpora močan vpliv na izid – zdravje (8). Zakonska zveza je najbolj proučevana družinska zveza, ki ima najmočnejšo povezavo z zdravjem. Celo po izključitvi vpliva drugih faktorjev, zakonski status vpliva na splošno umrljivost, umrljivost zaradi specifičnih bolezni (rak, koronarna bolezen) in zboleznost (9, 10). Poročeni posamezniki so bolj zdravi kot ovdoveli, slednji pa še vedno bolj zdravi kot ločeni ali nikoli poročeni posamezniki. Številne velike študije so pokazale, da izguba ali smrt partnerja poveča umrljivost, posebej za moške (11). Zakonska zveza je torej povezana z zmanjšanim tveganjem za umrljivost, vendar je ta korist večja pri moških kot pri ženskah.

Poročeni moški verjetno lažje prepoznajo ženo kot tisto osebo, ki skrbi zanje in kontrolira, nadzoruje njihovo zdravje. Ni povsem razložljivo, zakaj socialno čustvena podpora, posebej med zakonci, bolj uspešno zmanjšuje umrljivost pri moških kot pri ženskah. Spol in zakonski stan ter umrljivost in zdrav življenjski slog sta morda tesno povezana s spolom in pričakovanimi vlogami zakoncev, posebej ko sta prejemnik nege in negovalec točno določena. Coyne in sodelavci (12) so odkrili, da ima kakovost zakonske zveze napovedno vrednost za preživetje zaradi zastojnega srčnega popuščanja – uporabili so sestavljenko samoocenjevanja in opazovanja interakcij v partnerski oziroma zakonski zvezi. Kakovost zakonske zveze je bila enako močan napovedni dejavnik smrti, kot resnost srčne bolezni same, vpliv je bil močnejši pri ženskah kot pri moških. V eni od študij rehabilitacije po srčnem infarktu so zbirali podatke 400 moških in njihovih žena skozi petletno obdobje. Longitudinalni podatki so služili za dolgoročno oceno psiholoških posledic bolezni, upoštevajoč bolnikovo oceno zdravja in odnos v zakonski zvezi. Tesne, intimne

zveze, ki so nudile bolniku primerno socialno podporo, so bile v obratnem sorazmerju s pojavom depresije. Zdi se, da ima tesna, intimna partnerska zveza blažilen učinek na bolnikov socialni sistem (13).

Weihs, Enright, Simmens in Reiss (14) so ugotovili, da imajo ženske z zgodnjo obliko raka dojke, ki ne zaupajo svojim partnerjem, več ponovitev kot tiste, katerih zveza temelji na zaupanju. Stres zaradi zakonske zveze poslabša bolezen koronarnih arterij pri ženskah (15).

Študije kažejo na to, da ima izguba partnerja večji vpliv na zdravje moških, vpliv slabega partnerskega odnosa oz. kakovosti zakonske zveze pa je večji na zdravje žensk. Dokazali so, da imajo ženske, brez prejšnjih depresivnih epizod, ki doživijo zakonsko krizo, klinične znake depresije kar v 36 %.

Negativni, kritični, sovražni družinski odnosi imajo večji vpliv na zdravje kot pozitivni ali spodbujajoči družinski odnosi. Biti zloben je torej slabše kot biti enostavno neprijazen. Psihološke študije so pokazale, da imata konflikt in stalen kriticizem med družinskimi člani negativne vplive na krvni tlak (16).

Podporno, zaščitno družinsko okolje vključuje povezanost članov, vzajemno podporo, jasno organizacijo družine, direkten pogovor o bolezni, sposobnost nudenja nege in oskrbe. Najmočnejši dejavniki tveganja družinskega okolja so konflikt in kriticizem, psihološka travma v zvezi z boleznijo, zunanji stresorji, izolacija družine, togost ali perfekcionizem, sprememba nalog zaradi bolezni. Vedenje o družinskih odnosih nam lahko pomaga pri organizaciji pomoči (8).

VPLIVI NA ZDRAVJE

Čeprav je povsem jasno dokazan močan vpliv družinskih odnosov na zdravje, niso še povsem jasni mehanizmi ali poti teh vplivov. V literaturi so predlagani trije mehanizmi, preko katerih lahko družina in druge socialne zveze vplivajo na zdravje (8):

1. direktna biološka pot,
2. psihofiziološka pot,
3. življenjski slog (zdrav, tvegan).

DIREKTNA BIOLOŠKA POT

Najbolj očiten je primer širjenja virusne infekcije (kapljično, aerosoli itd) med družinskimi člani ali partnerjema. Družinski člani ali partnerja si delijo enako toksično okolje. Družinski člani delavcev z azbestom so bolj izpostavljeni mezoteliomu plevre zaradi večje izpostavljenosti azbestnim vlaknom, ki jih delavci prinašajo domov. Največji biološki vpliv pa predstavljajo geni z dedno genetsko zasnovano, ob tem pa tudi možnostjo prenosa specifičnih genetskih bolezni, čedalje

bolj pa je raziskovan vpliv genetske zasnove na pojavnost različnih kroničnih nenalezljivih bolezni.

PSIHOFIZIOLOŠKA POT

Nedavne raziskave v psihoimunologiji so pokazale, da interakcije v družini lahko vplivajo na imunski sistem. Izguba ljubljene osebe je povezana z zmanjšanjem celične imunosti, kar je lahko eden od razlogov povečane umrljivosti po smrti partnerja (17). Ločeni posamezniki imajo šibkejši imunski odgovor kot podobne poročene osebe (18). Med poročenimi ženskami je nezadovoljstvo in konflikt v zakonski zvezi povezano z depresijo in z zmanjšano imunostjo (19).

ŽIVLJENJSKI SLOG

Družina lahko močno vpliva na zdrav življenjski slog. Ta slog vključuje življenjske navade, kot je kajenje, uživanje alkoholnih pijač, telesno aktivnost, prehrabene navade, skrb za zdravje (sodelovanje v procesu zdravljenja), jemanje ali nejeemanje zdravil in nego družinskih članov. Družinski člani običajno delijo tudi podobne navade, vključujoč prehrabene razvade, količino telesne aktivnosti, uporabo raznih substanc, npr. tobaka, alkohola, drog. Življenjski slog in vloge staršev vplivajo na to, kar bodo prevzeli njihovi otroci ali adolescenti. Kadilci velikokrat poročijo kadilko in obratno, pokadijo enako število cigaret, običajno pa tudi poizkušajo prenehati takrat, ko to stori partner (20). Družinski člani pojedjo podobne količine kalorij, soli, holesterola in nasičenih maščob (8).

NAJPOGOSTEJŠE KRONIČNE BOLEZNI

Kljub temu, da imamo razmeroma veliko študij o vplivu partnerskega odnosa in družine na kronične bolezni in splošno zdravje, je zelo malo raziskav o učinkovitosti različnih oblik posredovanja družine ali partnerja v bolezni odraslih. Nimamo randomiziranih kontroliranih študij za partnersko ali družinsko terapijo odraslih bolnikov.

Sodelovanje bolnikov s povišanim krvnim tlakom v procesu zdravljenja je eden glavnih problemov javnega zdravstva v svetu. V naši državi je tlak primerno uravnan pri desetini bolnikov, ki so jim predpisana zdravila za zdravljenje povišanega krvnega tlaka. Dokazali so, da je rednost jemanja zdravil pomembno povezana z zadovoljstvom v zakonski – partnerski zvezi pri poročenih hipertoničnih (21). Dve kontrolirani, randomizirani študiji sta raziskali vpliv posredovanja družine na sodelovanje pri zdravljenju hipertenzije. V eni od študij so Morisky in sodelavci (22) dokazali, da izobraževanje in svetovanje, namenjeno partnerju, izboljša sodelovanje v procesu zdravljenja ter zniža tako krvni tlak kot splošno umrljivost. V podobni študiji (23) niso dokazali koristi svetovanja družinskemu članu med hišnim obiskom, menijo pa, da je bilo sledenje prekratko, da bi odkrili razliko.

Srčna rehabilitacija. Čustvena podpora partnerja, družinskega člana ali zaupne osebe je močan napovedni dejavnik preživetja po miokardnem infarktu, močnejši kot običajni fiziološki parametri. Tri mesece po infarktu imajo starejše ženske brez zaupnika 3-krat večjo verjetnost smrti kot tiste, ki imajo zaupno osebo. Partnerji bolnikov s srčnim infarktom so pogosto depresivni, zaskrbljeni in imajo občutke krivde (24). Številnim moškim srčnim bolnikom pa se zdi, da žene pretiravajo v skrbi za njihovo zdravje. V eni od domiselnih kontroliranih študij so žene bolnikov z infarktom obremenitveno testirali na tekočem traku do iste stopnje kot njihove partnerje. Izkazalo se je, da so bile te žene veliko bolj zaupljive in manj zaskrbljene zaradi moževih sposobnosti kot tiste žene, ki so test samo opazovale (25). Študije kažejo, da ima partner pomembno vlogo v rehabilitaciji po srčnem infarktu, toda testiranih je bilo le nekaj oblik posredovanja družine, premalo, da bi lahko imeli zanesljive rezultate.

Od inzulina neodvisen diabetes (tip 2) je desetkrat pogostejši kot od inzulina odvisen diabetes. Velika večina bolnikov z diabetesom tipa 2 je predebelih, njihov večer izziv pa priporočena dieta, telesna aktivnost, jemanje zdravil in kontrola krvnega sladkorja. Dve študiji sta preučili vpliv sodelovanja partnerja na kontrolo sladkorne bolezni. V eni od študij so bile žene starejših diabetikov vključene v 6-tedenski izobraževalni program. Bolniki, katerih žene so bile vključene v izobraževalni program, so imeli boljše kontrolirano sladkorno bolezen, več znanja o bolezni in boljše sodelovanje družine kot bolniki kontrolne skupine, katerih žene niso bile vključene v program (26). Wing s sodelavci (27) je vključil debele diabetike in njihove debele partnerje v program hujšanja, in sicer naključno v individualne programe in v skupinske programe. Po enoletnem sledenju ni bilo razlik v skupni izgubi teže med skupinama, toda žene so izgubile več kilogramov v skupinskih programih, moške pa več v individualnih programih. Zdi se, da je v pripravi programov potrebno upoštevati različne učinke pri ženskah in pri moških.

PRIMER

75-letna bolnica, ki je bila pred 6 leti operirana zaradi raka dojke, si je pod levo pazduho zatipala večjo tvorbo. Izkazalo se je, da gre za metastazo. Ponujena ji je bila radioterapija in nato morebitna kemoterapija. Bolnica je terapijo odklonila, ker je bila v oddaljenem kraju, sama pa ni želela zapustiti 88-letnega moža, otrok nista imela. Prepovedala je, da bi o njeni bolezni možu karkoli povedali. Po daljšem prepričevanju so ji metastazo kirurško odstranili, na kemoterapijo ni pristala. Ker je bila perfekcionista (stanovanje sta imela zelo urejeno), sta se z možem večkrat sprla. Dvakrat je odšel od doma z grožnjo, da bo z mostu skočil v reko, bolnica pa je prestrašeno klicala v ambulanto. Ker sem oba poznala, sem predvidevala, da je v ozadju spor zaradi reda v stanovanju; bolnico sem potolažila, da grožnje niso resne. Na srečo se nisem motila. Bolezen je pri gospe napredovala, potrebovala je zdravniško oskrbo na domu, mož pa mi je očital, da za ženino bolezen ni vedel, ker bi sicer morda drugače ravnal. Negoval jo je po svojih močeh, organiziral si je tudi

pomoč, vendar vsega ni zmožel. Umrla je v bolnišnici. Gospod v visoki starosti povsem samostojno živi sam.

Z omenjenim primerom sem želela opozoriti na etične dileme, ki so ob vključitvi partnerja ali družine vedno prisotne, v prispevku pa niso obravnavane.

SKLEP

Nekaj študij dokazuje, da posredovanje družine ali partnerja pomembno vpliva na izid bolezni. Ni presenetljivo, da je vpliv družine največji prav na začetku in na koncu življenja, ko je potreba po negi največja.

Ne gre pozabiti, da ženske zaznavajo in oblikujejo socialno realnost drugače kot moški, kar je v planiranju raziskav potrebno upoštevati. Z večjim znanjem o vplivu družine in partnerjev bomo lažje uporabili tudi ta pomemben vir v celostnem procesu zdravljenja. Potreba je večja vključitev zdravnikov družinske medicine v to področje raziskovanja.

Literatura

1. Gostečnik C. Srečal sem svojo družino. Brat Frančišek in Frančiškanski družinski centr;1999: 5-8.
2. Musek J. Ljubezen, družina, vrednote. Educy; 1995: 17- 117.
3. Meurer J, Meurer L, Holloway R. Clinical problems and counseling for single-parent families. American Family Physician 1996;54:1-5.
4. Levinger G. Toward the analysis of close relationships. Journal of experimental social psychology 1980; 16: 510- 544.
5. Ainsworth MD, Blehar mc, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation . Hillsdale, NJ.: Erlbaum 1987.
6. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. Journal of Affective Disorders 2001;67:147-158.
7. Ohlin B, Nilsson PM, Nilsson JA, Berglund G. Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men. European Heart Journal 2004;25: 867-873.
8. Campbell TL. The effectiveness of family interventions for physical disorders. Journal of Marital and Family Therapy 2003;29:263-281.
9. Burman B, Margolin M. Analysisi of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. Psychological Bulletin 1992;112:39-63.
10. Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health:His and hers. Psychological Bulletin 2001;127:472-503.
11. Martikainen P, Valkonen T. Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavementin Finland. Journal of Epidemiology & Comunity health 1996;50:264-268.

12. Coyne JC, Rohrbaugh MJ, Shoham V, Sonnega JS, Nicklas JM, Cranford JA. Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *American Journal of Cardiology* 2001;88:526-529.
13. Waltz M, Badura B, Pfaff H, Schott T. Marriage and the psychological consequences of a heart attack: A longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science & Medicine* 1988;27:149-158.
14. Weihs KL, Enright TM, Simmens SJ, Reiss D. Negative affectivity, restriction of emotions, and in site of metastases predict mortality in recurrent breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 2000;49;59-68.
15. Orth-Gomer K, Wamala SP, Horsten M, schenck-Gustafsson K, Schneiderman N, Mittleman MA. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of the American Medical Association* 2000;284; 3008- 3014.
16. Ewart CK, Taylor CB, Kraemer HC, Agras WS. High blood pressure and marital discord: Not being nasty matters more than being nice. *Health Psychology* 1991;10:155-163.
17. Schleifer S, Keller S, Camerino M, Thornton J, Stein M. Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *Journal of American Medical Association* 1983;250:374-377.
18. Kiecolt-Glaser JK, Fisher LD, Ogrocki P, Stout J, Speicher CE, Glaser R. Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosomatic medicine* 1987;49:13-34.
19. Schleifer S, Keller S, Bond RN, Cohen J, Stein M. Major depressive disorder and immunity. Role of age, sex, severity and hospitalization. *Archives of General Psychiatry* 1989;46:81-87.
20. Venters MH, Jacobs DR, Luepker RV, Maiman LA, Gillum RF. Spouse concordance of smoking patterns: The Minnesota heart survey. *American Journal of Epidemiology* 2000;120:606-616.
21. Trevino DB, Young EH, Groff J, Jono RT. The association between marital adjustment and compliance with antihypertension regimen. *Journal of American Board of Family Practice* 1990. ;3: 17-25.
22. Morisky DE, Levine DM, Green LW, Shapiro S, Russell RP, Smith CR. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health* 1983;73:153-162.
23. Earp JA, Ory MG, Strogatz DS. The effects of family involvement and practitioner home visits on the control of hypertension. *American Journal of Public Health* 1982; 72: 1146-1153.
24. Bedsworth JA, Molen MT. Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. *Heart & Lung* 1982; 11:450-456.
25. Taylor CB, Bandura A, Ewart CK, Miller NH, DeBusk RF. Exercise testing to enhance wives confidence in their husbands cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology* 1985; 55:635-638.

26. Gildea JL, Hendryx M, Casia C, Singh SP. The effectiveness of diabetes education programs for older patients and their spouses. *Journal of American Geriatric Society* 1989;37:1023-1030.
27. Wing RR, Marcus MD, Epstein LH, Jawad A. A » family-based« approach to the treatment of obese type ii diabetic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59:156-162.

PRIJAVNICA

Podpisani(a) se prijavljam na naslednje strokovno srečanje:

Udeleženeec			
Priimek:		Ime:	
Ulica:		Številka:	
Poštna številka:		Pošta:	
Plačnik			
Ulica		Številka	
Poštna številka		Pošta	
Davčni zavezanec	DA - NE	Davčna številka:	

Izobrazba (ustrezno obkroži)

- Zdravnik
- Višja medicinska sestra
- Srednja medicinska sestra – medicinski tehnik
- Drugo: _____

Na potrdilu navedite naslednje moje strokovne nazive:

Prijavnice pošljite najkasneje do en teden pred srečanjem na naslov: **ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, fax. 04 20 26 718, tel. 04 20 82 523.** Za Fajdigove dneve in Spominsko srečanje dr. Janija Kokalja. Za ostala srečanja pa na naslov: **ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana,** tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, kdrmed@mf.uni-lj.si. Vse dodatne informacije: Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, tel.: 04 58 84 601 ali 031 237 765, spletna stran <http://www.drmed.org/novica.php?id=69>, e-pošta: janko.kersnik@s5.net. Na Zdravniško zbornico Slovenije so vložene prošnje za priznanje kreditnih točk.

S podpisom potrjujemo, da bomo na osnovi te prijavnice plačali račun za kotizacijo, kot je objavljena v koledarju srečanj (brez DDV) v zakonitem roku po izstavitvi računa s strani organizatorja srečanja.

Podpis pooblaščenice osebe zavoda:

Podpis udeleženca: