



6251

**SOGLASJE ZA PREISKAVO OZ.
POSEG****SOGLASJE**

Priimek in ime pacienta	KZZ številka	Teža	Višina	Datum rojstva

Oče/mati/skrbnik (ustrezno podčrtaj) _____, soglašam z izvedbo preiskave/posega (vrsta) _____ pri mojem preiskovancu (otroku) _____.

Preiskovanec (starejši od 15 let) _____, soglašam z izvedbo preiskave/posega.

S podpisom potrjujem, da sem pisno informacijo o preiskavi/posegu razumel in sem od zdravnika _____ dobil vsa ustrezna pojasnila. Razumem, da so ob izvedbi preiskave možni prej opisani zapleti. Z izvedbo preiskave in z vsemi tveganji se strinjam brez zadržkov.

Podpis staršev: _____

Preiskovanec (starejši od 15 let): _____

Podpis zdravnika radiologa: _____

Ljubljana, dne _____

Služba za radiologijo