

## INFORMATIVNO OBVESTILO S SOGLASJEM ZA RADIOLOŠKE PREISKAVE

Pri preiskavi, ki jo boste opravili čez par minut, uporabljamo ionizirajoče sevanje (X-žarke). Znano je, da lahko X-žarki biološko poškodujejo obsevana tkiva. Zaradi nizke količine uporabljenih X-žarkov pri preiskavi in visoke kakovosti ter varnosti opreme, ki jo redno pregledujemo, pa je verjetnost poškodbe zanemarljiva v primerjavi s koristnostjo diagnostičnih informacij, ki jih pacient pridobi s to preiskavo. Za dodatna pojasnila se obrnite na zdravstveno osebje, ki vam je vedno na voljo

PODPISANI/A

ROJEN/A

izjavljam, da sem seznanjen/a glede navedene radiološke preiskave in se strinjam, da se jo opravi na način, ki je najustreznejši po mnenju zdravnika specialista radiologa.

Podpis \_\_\_\_\_

**Podpisana izjavljam, da nisem noseča,**  
Morebitni tolmač/ka, \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

Za preiskavo na mladoletniku:

Podpisana \_\_\_\_\_

starša/zastopnika/skrbnika **mladoletnika/ce**, čigar ime in datum rojstva sta navedena zgoraj, dovoljujemo izvedbo radiološke preiskave na način, ki je najustreznejši po mnenju zdravnika specialista radiologa.

Podpis \_\_\_\_\_

### PREKLIC SOGLASJA

Podpisani/a \_\_\_\_\_ rojen/a v \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

PREKLIČEM soglasje za izvedbo zgoraj omenjenega zdravstvenega dejanja.

Datum \_\_\_\_\_ Podpis pacienta/staršev/skrbnika/zastopnika \_\_\_\_\_

Datum, -----