Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
812 50 Bratislava, Heydukova 10

II. Rádiologická klinika LFUK a OÚSA
Pracoviská preventívnej a digitálnej mamografie, USG prsníkov, MR prsníkov

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....rodné číslo: …….……..…

bydlisko (ulica, čís.domu, miesto, PSČ): ..…….....…....

……..

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): .....….....

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje (napr. užívanie hormonálnej liečby, pozitívna rodinná anamnéza na onkologické ochorenie prsníkov, operácie prsníkov v minulosti, liečba onkologického ochorenia v minulosti a iné stanovené diagnózy):

.....

.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:
Mamografické vyšetrenie a všetky doplňujúce vyšetrenia ako: UGS vyšetrenie prsníkov, biopsie a punkcie, doplňujúce mamografické projekcie, MR prsníkov.

Dolu podpísaný/á .....
potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, resp. následného dovyšetrenia, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (informácie sprístupnené aj na www.ousa.sk a v priestoroch pracoviska II. Rádiologickej klinike LFUK a OÚSA).

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi súhlasím – nesúhlasím.*
Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na II. Rádiologickej klinike LFUK a OÚSA bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na II. Rádiologickej klinike LFUK a OÚSA trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Bratislave dňa ……..čas …...….

.....	.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára	podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

*** nehodiace preškrtnúť**