

## Informovaný súhlas

**Meno pacienta:**

**Dátum narodenia:**

Bola som poučená a informovaná podľa zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti § 6 o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti a **svojím podpisom** potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením.

Zároveň prehlasujem, že v čase rádiodiagnostického vyšetrenia nemám vedomosť o tom, že som **gravidná**.

V Bratislave, dňa

Podpis pacienta:

## Informovaný súhlas

**Meno pacienta:**

**Dátum narodenia:**

Bola som poučená a informovaná podľa zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti § 6 o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti a **svojím podpisom** potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením.

Zároveň prehlasujem, že v čase rádiodiagnostického vyšetrenia nemám vedomosť o tom, že som **gravidná**.

V Bratislave, dňa

Podpis pacienta: