

**Spoštovani,**

Obveščamo Vas, da je predvidena čakalna doba za koloskopijo pri nas \_\_\_\_\_ mesecev.

V kolikor se s čakalno dobo strinjate, nam prosimo podpisano izjavo vrnete na naš naslov.

O datumu in pripravi na preiskavo boste obveščeni naknadno.

**Ali želite, da vam zdravniške izvide in morebitno drugo dokumentacijo iz MC IATROS pošiljamo na vaš elektronski naslov?**

- Da  
 Ne

Prosimo za vaš elektronski naslov: \_\_\_\_\_

## IZJAVA

podatki o bolniku  
priimek in ime: \_\_\_\_\_  
datum rojstva: \_\_\_\_\_  
številka kartona: \_\_\_\_\_  
naslov: \_\_\_\_\_  
telefon: \_\_\_\_\_ spol: M  Ž

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen/a s čakalno dobo določeno za enako preiskavo pri drugih izvajalcih in da se v IATROS-DR. KOŠOROK d.o.o., ZASEBNI MEDICINSKI CENTER na koloskopijo čaka preko najdaljše dopustne čakalne dobe, ki je določena s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov ( Uradni list RS, št. 63/10) in sem kljub temu pripravljen/a čakati na to preiskavo v IATROS-DR. KOŠOROK d.o.o., ZASEBNI MEDICINSKI CENTER.

**Prosimo, da nam podpisano izjavo vrnete v 7 dneh na naš naslov, sicer Vas v čakalno vrsto ne bomo vključili.**

datum: \_\_\_\_\_

podpis pacienta: \_\_\_\_\_