



Spoštovani,

Obveščamo Vas, da je predvidena čakalna doba za koloskopijo (zelo hitro, hitro, redno) pri nas _____ mesec/ev.

V kolikor se s čakalno dobo strinjate, nam prosimo podpisano izjavo vrnite 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 vrnite v 7 dneh na naš naslov, sicer Vas v čakalno vrsto ne bomo vključili.

datum: _____

podpis pacienta: _____