



NAVODILO PACIENTU V PRIMERU PRESEŽNE ČAKALNE DOBE ZA DOLOČENO ZDRAVSTVENO STORITEV

Spoštovani,

obveščamo Vas, da je predvidena čakalna doba za proktološki pregled (zelo hitro, hitro in redno) pri nas

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

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: _____

Prosimo za vašo telefonsko številko: _____

O datumu pregleda boste obveščeni naknadno.

IZJAVA

Nalepka pacienta

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen/a s čakalno dobo določeno za enak pregled pri drugih izvajalcih in da se v IATROS-DR. KOŠOROK d.o.o., ZASEBNI MEDICINSKI CENTER na proktološki pregled 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.3/2018) in sem kljub temu pripravljen/a čakati na ta pregled 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: _____