



## S O U H L A S

### S ultrazvukovým vyšetřením 3D,4D

**Jméno pacienta:** .....

**Rodné číslo:** .....

Vážená paní,

máte možnost pozorovat Vaše dítě, jeho pohyby, grimasy apod. ještě před narozením pomocí trojrozměrného ultrazvukového zobrazení (3D, 4D).

Toto prostorové zobrazení plodu však **nenahrazuje** podrobné ultrazvukové vyšetření, které se zaměřuje na vyhledávání vrozených vývojových vad a obvykle se provádí mezi 20. a 22. týdnem těhotenství.

Nejedná se tedy o diagnostické ani screeningové (vyhledávací) ultrazvukové vyšetření, ale o počítačovou rekonstrukci.

3D, 4D zobrazení provádíme pouze na Vaši žádost bez žádanky od ošetřujícího lékaře, není hrazeno ze zdravotního pojištění.

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil /a/ pacientce podstatu tohoto vyšetření, který byl podle mého soudu pro ni srozumitelný.**

**Jméno a podpis lékaře:** .....

**Jméno a podpis svědka:**.....

**Datum:**.....

---

### PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto listu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlění, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

**Já, pacientka prohlašuji, že jsem lékařem srozumitelně informována o povaze vyšetření uvedeného výše. Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s provedením 3D, 4D vyšetření plodu.**

**Jméno a podpis pacienta:** .....

**Datum:** .....