

### ΔΗΛΩΣΗ/ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΕΓΚΥΟΥΣ

Η κάτωθι υπογραφόμενη ..... ΤΟΥ  
....., ετών ....., που είμαι έγκυος ..... εβδομάδων,  
δηλώνω ότι αποδέχομαι να υποβληθώ σε Μαγνητική Τομογραφία .....  
την οποία έκρινε απαραίτητη ο Θεράπων Ιατρός μου .....

Είμαι ενήμερη των ελάχιστων κινδύνων που η εξέταση αυτή μπορεί να έχει για το έμβρυο και του ότι δεν έχει αποδειχθεί αύξηση του ποσοστού των διαμαρτιών σε έμβρυο μετά από Μαγνητική Τομογραφία, ιδιαίτερα όταν αυτή εκτελείται μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Με την παρούσα δήλωση αναγνωρίζω ότι το ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνολογικό προσωπικό της Μονάδας Μαγνητικής Τομογραφίας δεν φέρει την παραμικρή ευθύνη για οποιαδήποτε κλινικό συμβάν επί του εμβρύου, που θα μπορούσε να συσχετίζεται με την διενέργεια της παρούσας Μαγνητικής τομογραφίας.

Όνοματεπώνυμο Θεράποντος Ιατρού

Υπογραφή Θεράποντος Ιατρού

Όνοματεπώνυμο Ιατρού Ακτινολόγου

Υπογραφή Ιατρού Ακτινολόγου

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς

Υπογραφή Ασθενούς