

## IZJAVA O IZKLJUČITVI IZ DRŽAVNEGA PRESEJALNEGA PROGRAMA ZA RAKA DOJK DORA

Podpisana (ime in priimek) \_\_\_\_\_,

datum rojstva \_\_\_\_\_,

sem seznanjena z namenom in postopki Državnega presejalnega programa za raka dojk DORA.

Sodelovanje v presejalnem programu DORA je pravica vsake ženske med 50. in 69. letom s prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki izhaja iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kljub temu (ustrezno obkrožite):

A) se tej pravici odpovedujem po lastni odločitvi (ne želim sodelovati v programu in želim, da me v presejalni program DORA ne vabite več),

B) ne zmorem sodelovati, ker mi moje zdravstveno stanje tega ne dopušča,

C) ne bom sodelovala zaradi drugih vzrokov (dopišite)

---

Seznanjena sem, da se za sodelovanje po podpisu izjave o izključitvi iz programa lahko kadarkoli ponovno odločim do svojega dopolnjenega 69. leta starosti, če to želim oz. če mi moje zdravstveno stanje to dopušča. Zavedam se, da sem v tem primeru dolžna sama kontaktirati presejalni program DORA.

Kraj, datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Podpisano izjavo za izključitev iz programa DORA pošljete po pošti na naslov: Program DORA – Register DORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana. Skenirano podpisano izjavo lahko pošljete tudi po elektronski pošti na [dora@onko-i.si](mailto:dora@onko-i.si) (kot priponko).