**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

**poddającego się badaniu diagnostycznemu (RTG, RM, TK)\*wykonywanemu**

**w NZOZ CAROLINA MEDICAL CENTER, WARSZAWA, UL. PORY 78**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia/PESEL………………………………………………………………………………………………………………….……

Oświadczam, iż zapoznałem się z informacjami i zasadami dotyczącymi wykonywania badań diagnostycznych w NZOZ CMC i nie mam wątpliwości/ dodatkowych pytań w tym zakresie.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania RTG, RM, TK\* / i badań kontrolnych\*

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i dożylne/dostawowe podanie środka kontrastowego\*.

Data………………………….

Czytelny podpis Pacjenta……………….…………………………………………………………………………………………………….

Czytelny podpis ustawowego przedstawiciela Pacjenta…………………………………………………………………..\*\*)

Imię i nazwisko ustawowego przedstawiciela Pacjenta………………………..……………………………….…………\*\*)

**\*) niepotrzebne skreślić**

\*\*) w przypadku Pacjentów niepełnoletnich:

 - poniżej 16 – go roku życia - oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjenta

 - w wieku 16 - 18lat - oświadczenie podpisuje Pacjent i jego ustawowy przedstawiciel

Data……………………….

Czytelny podpis pracownika NZOZ CMC przyjmującego oświadczenie……………….……………………….……….