

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

который будет иметь рентген

Имя и фамилия пациента .....

Дата рождения .....

Я заявляю, что я прочитал информацию и правила проведения диагностических тестов в NZOZ Carolina Medical Center и у меня нет никаких дальнейших проблем / дополнительных вопросов в связи с этим.

**Я даю свое добровольное и информированное согласие, чтобы иметь рентген.**

Место и дата .....

Читабельный подпись пациента .....

.....

Читабельный подпись законного опекуна пациента \*\*

---

### Относится к женщинам

Я заявляю, что я беременна / я не беременна \*.

Читабельный подпись пациентки.....

Дата проведения испытания .....

*\*) ненужное зачеркнуть*

*\*\*\*) в случае несовершеннолетних пациентов:*

*- в возрасте до 16 лет – информированное согласие подписывает законный представитель пациента*

*- в возрасте 16–18 лет – информированное согласие подписывает пациент и его законный представитель*

.....

Читабельный подпись лица, принимающего заявление