

OŚWIADCZENIE PACJENTKI / PACJENTA

poddającej / poddającemu* się badaniu RTG

Imię i Nazwisko Pacjentki / Pacjenta*

Data urodzenia / PESEL.....

Wzrost.....Waga.....

Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami i zasadami dotyczącymi wykonywania badań diagnostycznych w NZOZ Carolina Medical Center i nie mam żadnych wątpliwości ani dodatkowych pytań w tym zakresie.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania RTG

Miejscowość i data.....

Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjentki/Pacjenta.....

Czytelny podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego lub ustawowego przedstawiciela Pacjentki/ Pacjenta
**

Dotyczy Kobiet

Oświadczam, że jestem/nie jestem w ciąży*.

Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjentki.....

Data wykonania badania.....

*) *niepotrzebne skreślić*

**) *w przypadku Pacjentki/Pacjenta niepełnoletniego*

- poniżej 16-go roku życia – oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjentki / Pacjenta
- w wieku 16-18 lat – oświadczenie podpisuje Pacjentka / Pacjent oraz ustawowy przedstawiciel

Data i podpis pracownika NZOZ CMC przyjmującego oświadczenie.....

Zatwierdził: Kierownik Medyczny
Wersja 3: Obowiązuje od 02.03.2021