**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 Szpitalu Carolina 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 nie jestem / jestem w ciąży\*.

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

Data wykonania badania…………………………………..

Data i podpis pracownika Szpitala Carolina przyjmującego oświadczenie……………………………………………

\*niepotrzebne skreślić

\*\* W przypadku Pacjentki / Pacjenta niepełnoletniego

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

- w wieku 16-18 lat – oświadczenie podpisuje Pacjentka / Pacjent oraz przedstawiciel ustawowy

Zatwierdził: Dyrektor Medyczny

Wersja 3; Obowiązuje od: 07.03.2024.