

STATEMENT OF THE PATIENT UNDERGOING X-RAY
OŚWIADCZENIE PACJENTA PODDAJĄCEGO SIĘ BADANIU RTG

Name and surname
Imię i Nazwisko

Date of birth
Data urodzenia/PESEL

Height (cm)
Wzrost

Weight (kg)
Waga

I declare that I have read the information and regulations about the performance of diagnostic tests at Carolina Medical Center and I have no further concerns / additional questions in this regard.

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

I hereby agree to undergo X-ray.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania RTG

Place and date.....
Miejscowość i data

Patient's legible signature (name and surname)
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjentki/Pacjenta

Legible signature of the legal representative of a patient **
Czytelny podpis (imię i nazwisko) ustawowego przedstawiciela Pacjentki/Pacjenta**

Applies to Women

Dotyczy Kobiet

I declare that I am / I am not pregnant*.

Oświadczam, że jestem/nie jestem w ciąży*.

Patient's legible signature (name and surname)
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjentki

Date of the test.....
Data wykonania badania

Date and signature of the CMC employee who received a statement
Data i podpis pracownika CMC przyjmującego oświadczenie

**) delete as applicable*

***) for minor Patients*

- under 16 years of age - a statement must be signed by legal representative of the patient

- aged 16 - 18 years - a statement must be signed by a patient and their legal representative

Approved by: Medical Director
Version 3: Valid from 02.03.2021