**OŚWIADCZENIE PACJENTKI**

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

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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI………………………………………………………………………………………………………

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

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

Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa Pani ciążę?\* TAK NIE

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 Pacjentki……………….…………………………………………………………………………………………………..

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

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

**\*) niepotrzebne skreślić**

\*\*) w przypadku Pacjentek niepełnoletnich:

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

 - w wieku 16 - 18lat - oświadczenie podpisuje Pacjentka i jej ustawowy przedstawiciel

Data………………………………

Czytelny podpis pracownika przyjmującego oświadczenie……………….……………………………………………...