

ZGODA NA WYKONANIE RTG

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

.....

PESEL

.....

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rentgenowskiego (RTG, CT, MRI) w gabinecie stomatologicznym Dental – Care i tym samym oświadczam, że w moim przypadku nie występują żadne przeciwwskazania do wykonania badania.

W przypadku kobiet - oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Jeśli ma Pani wątpliwości, czy jest Pani w ciąży to badanie należy odłożyć. Bezpiecznym okresem na wykonanie badania jest 10 dni od pierwszego krwawienia.

Badanie rentgenowskie (RTG,CT,MRI) kobiet w wieku rozrodczym, kobiet w ciąży oraz kobiet karmiących wykonywane są jedynie z istotnych wskazań medycznych.

W przypadku pacjenta niepełnoletniego - zgodę wypełnia i podpisuje opiekun prawny.

Podpis pacjenta / opiekunka, data

.....

	Dental-Care 34-300 Żywiec ul. PCK4 TEL: 033 4756247 www.dental-care.pl rejestracja@dental-care.pl NIP: 553 204 53 07	
--	--	--