

## Oświadczenie Pacjenta / przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

TAK NIE

Świadomie **wyrażam zgodę** na przeprowadzenie badania Tomografii Komputerowej

Wyrażam zgodę na wysłanie opisu badania TK na podany adres e-mail

Adres e-mail : .....

**KOBIETY:** Oświadczam, że nie jestem w ciąży w momencie wykonywania badania

.....  
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa)

.....  
(data i podpis pacjenta)

### Wypełnia Personel medyczny

Data badania: .....

Rodzaj badania: .....

Dawka promieniowania: ..... mGy\*cm

.....  
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa wykonującego badanie)

**UWAGI:**

## Oświadczenie Pacjenta / przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

TAK NIE

Świadomie **wyrażam zgodę** na przeprowadzenie badania Tomografii Komputerowej

Wyrażam zgodę na wysłanie opisu badania TK na podany adres e-mail

Adres e-mail : .....

**KOBIETY:** Oświadczam, że nie jestem w ciąży w momencie wykonywania badania

.....  
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa)

.....  
(data i podpis pacjenta)

### Wypełnia Personel medyczny

Data badania: .....

Rodzaj badania: .....

Dawka promieniowania: ..... mGy\*cm

.....  
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa wykonującego badanie)

**UWAGI:**