

Др. Майер Др. Штольд Др. Ладнер Проф. Платов Приват-доцент Др. Пальмовски

Номер пациента	_____
Фамилия:	_____
Имя:	_____
Дата рождения:	_____
Телефон:	_____
Адрес:	_____
Касса медицинского страхования:	Стандартный тариф <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	_____ Почтовые служащие В: KVB I до III или KVB IV
Кому направить результаты исследования	_____

Заявление о согласии: после основательных размышлений я выражаю согласие на проведение компьютерно-томографического исследования.

Только женщинам: имеется ли в настоящее время беременность? Нет Да

Согласно с §73 абз. 1b Кодекса социального права, часть V, я выражаю согласие впредь и до его отмены на сбор моими лечащими врачами результатов исследований других исполнителей медицинских услуг и передачу полученных результатов обследований другим врачам, участвующим в лечении.

По желанию Вы можете получить копию данного опросного листа пациента

Баден-Баден, дата _____

Подпись врача

Подпись пациента, опекуна, доверенного лица