

Согласие на проведение рентгеновского обследования

Просьба оставить в приемной врача

ИМЯ ПАЦИЕНТА: _____ **НОМЕР ПАЦИЕНТА:** _____

АДРЕС ПАЦИЕНТА: _____ **Телефон:** _____

1. Проводилось ли у Вас или Вашего ребенка уже рентгеновское исследование данного участка тела ?
 ДА
 НЕТ
 Если да, когда и где? _____
2. Для женщин в детородном возрасте: имеется вероятность беременности?
 ДА НЕТ

Я выражаю согласие на проведение рентгеновского обследования

и согласен/согласна с передачей необходимых результатов исследования другим врачам, обществам профессионального и медицинского страхования.

Согласно с §73 абз. 1в 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.

- ДА
 НЕТ

По желанию Вы можете получить копию данного опросного листа пациента

Подпись:

Дата: