



**OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA
PODDAJĄCEJ/PODDAJĄCEGO SIĘ BADANIU RTG Z UŻYCIEM
PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO ORAZ OPIEKUNA PRAWNEGO**

**Zespół Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie
Ul. Fredry 9, 35-005 Rzeszów**

Imię i nazwisko Pacjentki/Pacjenta:

Data urodzenia/Pesel:

Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami i zasadami dotyczącymi wykonywania badań diagnostycznych w ZOZ nr 2 w Rzeszowie i nie mam żadnych wątpliwości ani dodatkowych pytań w tym zakresie.

Wyrażam świadomą zgodą/nie wyrażam* zgody na wykonanie badania diagnostycznego z użyciem promieniowania jonizującego (rentgenowskiego), wiedząc, że narażenie nie jest obojętne dla organizmu i może wywoływać skutki negatywne dla zdrowia (nieodwracalne uszkodzenia i/lub wady płodu w przypadku badania u kobiet w ciąży).

*Dotyczy kobiet-oświadczam, że jestem/nie jestem *w ciąży.*

Data i czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta**:

Data i czytelny podpis opiekuna prawnego lub ustawowego przedstawiciela Pacjenta/Pacjentki**:

.....

Informacja dla rodzica dziecka:

Badanie z użyciem promieniowania jonizującego wykonane u dziecka (poniżej 18 roku życia) winne być odnotowane książęce zdrowia dziecka.

Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie:

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku Pacjentki/Pacjenta niepełnoletniego:

-poniżej 16 roku życia-oświadczenie podpisuje przedstawiciel ustawowy

-w wieku 16-18 lat- oświadczenie podpisuje Pacjentka/Pacjent oraz przedstawiciel ustawowy