

Mosonmagyaróvári Karolina Kórház – Rendelőintézet

Beleegyző nyilatkozat

Ionizáló sugárzással járó vizsgálat elvégzéséről

/Tüdőszűrés/

Alulírott..... a mai napon (dátum):.....
gyermekem/gondviseltem neve:
szül. hely, idő:..... anyja neve:.....
TAJ szám:..... lakcím:.....
tüdőszűrő vizsgálatának elvégzésébe beleegyezem.

Dátum:.....

Szülő vagy Törvényes képviselő aláírása

Szülő/gondviselő adatai:

Név:

Lakcím:.....