



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam do odbioru mojego wyniku z badania (*właściwie zaznaczyć*) z dn. :

<input type="checkbox"/>	Tomografii komputerowej	<input type="checkbox"/>	Mammograficznego
<input type="checkbox"/>	Tomografii komputerowej serca	<input type="checkbox"/>	Radiologicznego
<input type="checkbox"/>	Rezonansu magnetycznego	<input type="checkbox"/>	

Panią/Pana

Nazwa i nr dokumentu tożsamości

.....
Podpis pacjenta
(w przypadku dzieci podpis opiekuna prawnego
W przypadku małoletniego >16r.ż. jego podpis
i opiekuna prawnego)