

Załącznik nr 6

do Instrukcji w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie (Zarządzenie nr 51/VII/NP/O/2013 DN „MCZ” S.A. w Lubinie z dnia 12.11.2013 r.)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania TK / MR odpłatnie, pomimo że posiadam skierowanie, na podstawie którego mogę wykonać badanie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

.....
(pieczętka i podpis osoby reprezentującej ZDO)