**Beleegyező Nyilatkozat – Tájékoztató**

**Alulírott** ………………………………………………………………………………**Szül**:………………………, **TAJ:**………………………….. beleegyezem a kezelő szakorvos által kért röntgen felvétel/ek elkészítésébe.

Diagnózis:……………………………………………………… Testrész::……………………………………………….

Oldal: Jobb / Bal / Mk. Irány: Ap / Old ./ F.ferde /Lau. /Terh. /Axi. / Y.

 db:…………... Orvos:………………………………………...

Az itt készült felvételek a rendelőnkben dolgozó ortopéd szakorvos munkáját segíti/k elő, mely /Z-Motion röntgengéppel, direkt-digitális rendszerrel készül. Pácienseknél 0,5 mm-es ólomtakarást alkalmazunk.

**Nő,** – nem várandós. **Férfi**,- nem áll fenn közvetlen családalapítási szándék.

 A felvételeket e-mailben/ CD-n a páciens kézhez kapja röntgen szakorvos leletezése nélkül.

Dátum:……………………………… ………………………………………………………………..

 páciens/gondviselő aláírása

 **Beleegyező Nyilatkozat – Tájékoztató**

**Alulírott** ………………………………………………………………………………**Szül**:………………………,**TAJ:…………………………..** beleegyezem a kezelő szakorvos által kért röntgen felvétel/ek elkészítésébe.

Diagnózis:……………………………………………………… Testrész::……………………………………………….

Oldal: Jobb / Bal / Mk. Irány: Ap / Old ./F.ferde/ Lau. /Terh. /Axi. / Y.

 db:…………... Orvos:………………………………………...

Az itt készült felvételek a rendelőnkben dolgozó ortopéd szakorvos munkáját segíti/k elő, mely /Z-Motion

 röntgengéppel, direkt-digitális rendszerrel készül. Pácienseknél 0,5 mm-es ólomtakarást alkalmazunk.

**Nő,** – nem várandós. **Férfi**,- nem áll fenn közvetlen családalapítási szándék.

 A felvételeket e-mailben/ CD-n a páciens kézhez kapja röntgen szakorvos leletezése nélkül.

Dátum:……………………………… ………………………………………………………………..

 páciens/gondviselő aláírása