

# *Радиологическая групповая практика Корбах*

имя и фамилия: \_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_

семейный доктор: \_\_\_\_\_

Уважаемый пациент, вам необходимо провести **рентгенологическое исследование**.

Пожалуйста ответьте на следующие вопросы.

## Пожалуйста отметьте где применимо:

1. Делали ли вам рентген за последние 2 года?

да \_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_

если да:

Когда?

\_\_\_\_\_

Где?

\_\_\_\_\_

Какой орган?

\_\_\_\_\_

2. Есть ли беременность?

да \_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_

Если у вас есть дополнительные вопросы, пожалуйста задайте их врачу.

Я даю согласие на предлагаемое исследование, отказываясь от 24 –часового обязательства предоставить информацию.

Корбах, сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_ подпись: \_\_\_\_\_